

Bilaga till

*Öppna jämförelser av  
hälso- och sjukvårdens  
kvalitet och effektivitet 2010*

## Bilaga 1

### Beskrivning av indikatorer

# Innehåll

---

## Övergripande indikatorer

### HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA

1	Återstående medellivslängd .....	6
2	Självskattat allmänt hälsotillstånd .....	6
3	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande .....	6
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet .....	7
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet .....	7
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom .....	8
7	Undvikbar slutenvård .....	9
8	Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA .....	9
9	Vårdrelaterade infektioner .....	10
10	MPR-vaccination av barn .....	10

### FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

11	Tillgång till sjukvård .....	10
12	Förtroende för vård vid vårdcentral .....	11
13	Förtroende för vård vid sjukhus .....	11
14	● Bemötande vid besök i primärvård .....	11
15	● Information vid besök i primärvård .....	12
16	● Delaktighet vid besök i primärvård .....	12

### TILLGÄNGLIGHET

17	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård .....	13
18	● Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård .....	13
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon .....	14
20	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon .....	14
21	Väntat längre än 90 dagar på specialistbesök .....	14
22	Väntat längre än 90 dagar på behandling .....	15

### KOSTNADER

23	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad .....	15
23A	Kostnad per invånare per verksamhetsgren .....	16
23B	Justerad läkemedelskostnad per invånare .....	16
24	Kostnad per konsumerad DRG-poäng .....	17
25	Kostnad per vårdkontakt i primärvård .....	18

## Områdesvisa indikatorer

### GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

26	● Tobaksvanor under graviditet .....	18
27	Tidiga aborter .....	19

- Ny indikator 2010    ● Ändrad indikator jämfört med 2009

28	Dödfödda barn .....	19
29	Neonatal dödlighet .....	19
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda .....	20
31	Bristningar vid förlossning .....	20
32	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet .....	20
33	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning .....	21

### KVINNOSJUKVÅRD

34	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder .....	22
35	● Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder .....	22
36	● Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation .....	23
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall .....	23
38	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder .....	24
39	Väntat längre än 90 dagar på gynekologisk operation .....	24
40	Väntat längre än 90 dagar på gynekologiskt läkarbesök .....	24

### RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

41	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation .....	24
42	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation .....	25
43	Omoperation efter total höftprotesoperation .....	25
44	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation .....	25
45	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation .....	26
46	Väntetid inför höftfrakturopoperation .....	26
47	Protesoperation vid höftfraktur .....	27
48	● Läkemedel mot benskörhet efter fraktur .....	27
49	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada .....	28
50	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit .....	29
51	● Patientrapporterad hälsa – behandlingsstart med biologiskt läkemedel .....	29
52	Patientrapporterad hälsa – initial vård av reumatoid artrit .....	29
53	Väntat längre än 90 dagar – besök ortopedi .....	30
54	Väntat längre än 90 dagar – knä- och total höftprotesoperation .....	30
55	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation .....	30
56	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation .....	30

### DIABETESVÅRD

57	● Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes .....	31
58	● Högt systoliskt blodtryck .....	31
59	● Måluppfyllelse för LDL-kolesterol .....	32
60	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling .....	32
61	Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn .....	33
62	● Insulinpump vid typ 1-diabetes .....	33
63	● Metformin vid nedsatt njurfunktion .....	33

- Ny indikator 2010
- Ändrad indikator jämfört med 2009

## HJÄRTSJUKVÅRD

64	Dödlighet efter hjärtinfarkt .....	34
65	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt .....	34
66	• Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom .....	35
67	Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt .....	35
68	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor .....	36
69	Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt .....	36
70	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt .....	37
71	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt .....	37
72	Väntetid till kranskärlsoperation .....	38
73	Väntat längre än 90 dagar – besök inom kardiologi .....	38
74	Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt .....	38

## STROKESJUKVÅRD

75	Dödlighet efter förstagångsstroke .....	39
76	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke .....	39
77	Vård vid strokeenhet .....	40
78	Trombolysbehandling vid stroke .....	40
79	Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer .....	41
80	Återinsjuknande efter stroke .....	41
81	• Funktionsförmåga efter stroke .....	42
82	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke .....	42

## NJURSJUKVÅRD

83	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård .....	43
84	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys .....	43
85	Kärlaccess vid dialys .....	44
86	Njurtransplanterade och patienter i aktiv uremivård .....	44
87	Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation .....	44

## CANCERSJUKVÅRD

88	Överlevnad vid tjocktarmscancer .....	45
89	Överlevnad vid ändtarmscancer .....	45
90	Överlevnad vid bröstcancer .....	46
91	• Överlevnad vid lungcancer .....	46
92	Reoperation vid ändtarmscancer .....	47
93	Kurativ behandling vid prostatacancer .....	47
94	Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör .....	48

## PSYKIATRISK VÅRD

95	Själv mord i befolkningen .....	48
96	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel .....	48
97	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre .....	49
98	• Användning av lämpliga sömnmedel till äldre .....	49
99	• Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos .....	50

- Ny indikator 2010
- Ändrad indikator jämfört med 2009

100	Återinskrivning efter 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni.....	51
101	• Återinskrivning efter 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni.....	51
102	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom .....	52
103	• Väntat högst 30 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri.....	52
104	Väntat längre än 90 dagar – besök vuxenpsykiatri .....	53
105	• Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård.....	53

#### KIRURGISK BEHANDLING

106	Omoperation vid ljumskbräck .....	53
107	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck .....	54
108	• Miniinvasivt borttagande av gallblåsa .....	54
109	• Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa .....	54
110	Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation .....	55
111	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder .....	55
112	Döda eller amputerade efter operation av kärlförträngning i ben .....	56
113	Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben .....	56
114	Patientrapporterat resultat av septumplastik .....	56
115	Synfel vid kataraktoperation .....	57
116	Väntat längre än 90 dagar – besök inom allmän kirurgi .....	57
117	Väntat längre än 90 dagar – operation av ljumskbräck .....	57
118	Väntat längre än 90 dagar – operation av gallblåsa .....	57
119	Väntat längre än 90 dagar – operation av grå starr .....	57

#### INTENSIVVÅRD

120	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA .....	57
121	Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning .....	58
122	Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning .....	59

#### LÄKEMEDELSBEHANDLING

123	Läkemedelsinteraktion bland äldre .....	59
124	Tio eller fler läkemedel bland äldre .....	60
125	Förekomst av antibiotikabehandling .....	60
126	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika .....	61
127	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika .....	61
128	Kombinationspreparat vid astma .....	62
129	ARB vid blodtryckssänkande behandling .....	62

#### ANNAN VÅRD

130	God viruskontroll vid HIV .....	63
131	Smärtskattning i livets slutskede .....	63
132	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede .....	64
133	• Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS.....	65
134	• Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS .....	65

- Ny indikator 2010
- Ändrad indikator jämfört med 2009

# Övergripande indikatorer

---

## HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA

### 1 Återstående medellivslängd

---

<b>Mått</b>	Förväntad återstående medellivslängd vid födelsen.
<b>Beskrivning</b>	Här mäts den återstående medellivslängden vid födelsen. Den återstående medellivslängden utgörs av det antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person i en viss bestämd ålder enligt den, vid tidpunkten för beräkningen, gällande dödligheten. Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Det är ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder.
<b>Mätmetod</b>	Medellivslängden utgörs av antalet år som i genomsnitt återstår att leva för en 0-åring. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår. Beräkningarna har gjorts vid Statistiska Centralbyrån.
<b>Datakälla</b>	Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

### 2 Självskattat allmänt hälsotillstånd

---

<b>Mått</b>	Andel i befolkningen, 16–84 år, som uppskattade sitt allmänna hälsotillstånd till bra eller mycket bra.
<b>Beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som har uppskattat sitt allmänna hälsotillstånd till bra eller mycket bra. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet.
<b>Mätmetod</b>	Uppgifterna är hämtade från en nationell folkhälsoenkät som skickas ut till ett slumpmässigt urval om 20 000 individer i befolkningen 16–84 år. Enkäten skickas ut på våren varje år. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering.
<b>Datakälla</b>	Statens folkhälsoinstitut (FHI).
<b>Felkällor</b>	Svarsfrekvens är runt 60 procent varje år. Urvalsförfarandet tar inte hänsyn till länsindelningen, varför det kan bli endast ett fåtal personer från vissa län under vissa år. Detta gör att regionala jämförelser ska göras med viss försiktighet.

### 3 Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande

---

<b>Mått</b>	Andel i befolkningen, 16–84 år, som med hjälp av frågeinstrumentet GHQ12 har uppskattats ha nedsatt psykiskt välbefinnande.
<b>Beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som med hjälp av frågeinstrumentet GHQ12 har uppskattats ha nedsatt psykiskt välbefinnande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet.
<b>Mätmetod</b>	Uppgifterna är hämtade från en nationell folkhälsoenkät som skickas ut till ett slumpmässigt urval om 20 000 individer i befolkningen 16–84 år. Enkäten skickas ut på våren varje år. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering.  Frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire) består av 12 frågor. Ett summaindex beräknas utifrån frågorna. De två första svarsalternativen, på varje fråga, ges värdet 0. Det tredje och fjärde svarsalternativet ges värdet 1. Summavariabeln kan ha värden mellan 0–12 poäng. En dikotom variabel skapas: Om summan är mindre än 3 ges värdet 0, om summan är 3 eller mer ges värdet 1. De som har värdet 1 definieras ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering.
<b>Datakälla</b>	Statens folkhälsoinstitut (FHI).

**Felkällor** Svarefrekvens är runt 60 procent varje år. Urvalsförfarandet tar inte hänsyn till länsindelningen, varför det kan bli endast ett fåtal personer från vissa län under vissa år. Detta gör att regionala jämförelser ska göras med viss försiktighet.

## 4 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

**Mått** Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt.

**Beskrivning** Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

Med hälsopolitiska åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar eller olyckor vilka bedöms kunna påverkas med hälsopolitiska insatser. I måttet ingår dödsfall orsakat av lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motortrafikolyckor.

**Mätmetod** Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Lungcancer	162	C34	1–79 år
Cancer i matstrupe	150	C15	”
Levercirros	571	K70, K73-K74	”
Motortrafikolyckor	E810-823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor i trafik	”

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har cancer i matstrupe lagts till bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1–79 (mot tidigare 1–74 år).

**Datakälla** Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

## 5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

**Mått** Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser.

**Beskrivning** Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av t.ex. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

**Mätmetod** Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från Dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Tuberkulos	010-018, 137	A15-A19, B90	1–79 år
Cervixcancer	180	C53	”
Hodgkins sjukdom	201	C81	”
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393-398	I05-I09	”
Diabetes	250	E10-E14	”
Andningsorganens sjukdomar	460-519	J00-J99	1–14 år

Astma	493	J45-J46	1-79 år
Blindtarmsinflammation	540-543	K35-K38	"
Bukbråck	550-553	K40-K46	"
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574-575.1, 576.1	K80-K81, K83.0	"
Hypertonisjukdomar	401-405	I10-I15	"
Stroke	430-438	I60-I69	"
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630-676	O00-O99	"
Tyfoidfeber	002.0	A01.0	"
Kikhosta	033	A37	1-14 år
Tetanus	037	A35	1-79 år
Mässling	055	B05	1-14 år
Osteomyelit	730	M86-M87	1-79 år

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har diabetes lagts till bland de sjukvårdspolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1-79 (mot tidigare 1-74 år).

**Datakälla** Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Tolkingen bör ske med en viss försiktighet då metoden att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

## 6 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

**Mått** Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare.

**Beskrivning** Måttet visar antalet döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare i åldrarna under 80 år.

Ischemiska hjärtsjukdomar ingår idag inte som komponent i de mått på åtgärdbar dödlighet som årligen publiceras i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Den kraftiga nedgången i dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar under många år antyder dock att en del kan åtgärdas med medicinska insatser eller genom förändrade levnadsvanor och livsvillkor. Måttet lämpar sig för jämförelser över tid.

**Mätmetod** Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	ICD-10
Ischemisk hjärtsjukdom	I20 – I25

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens ålderstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med rikets befolkning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation bör användas för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Den geografiska fördelningen görs utifrån personernas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.



**Datakälla** Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.  
**Felkällor** Metoden att sätta dödsorsaksdiagnos kan variera mellan regioner.

## 7 Undvikbar slutenvård

**Mått** Antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.  
**Beskrivning** Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedömts belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

**Mätmetod** Korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens ålderstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med år 2000 befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	ICD-10
<i>Kroniska tillstånd</i>	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,
Diabetes	E101-E108 (huvud- eller bidiagnos) E110-E118 (huvud- eller bidiagnos) E130-E138 (huvud- eller bidiagnos) E140-E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
<i>Akuta tillstånd</i>	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampanfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.  
**Felkällor** Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

## 8 Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA

**Mått** Andelen inhemskt smittade fall av MRSA som upptäcks genom riktad provtagning.  
**Beskrivning** *Täljare:* Antalet nya fall med positivt prov som anges vara inhemskt förvärvade som upptäckts genom screening eller smittspårning.  
*Nämnare:* Totala antalet nyupptäckta inhemskt förvärvade fall.

<b>Mätmetod</b>	Antal obligatoriska rapporter av nya fall enligt smittskyddslagen.
<b>Datakälla</b>	Information från obligatoriska anmälningar enligt smittskyddslagen från diagnostiserande mikrobiologiskt laboratorium samt behandlande läkare rapporterade till Smittskyddsinstitutet i anmälningssystemet SmiNet. Viktig information som saknas i anmälningarna kompletteras av lokala smittskydds- eller vårdhygienenheter.
<b>Felkällor</b>	Brister i information på primära kliniska anmälningarna. Viss risk för felaktiga uppgifter vid kompletteringar i efterhand. Litet antal fall kan innebära osäkerhet i utfallet och ge missvisande utfall.

## 9 Vårdrelaterade infektioner

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som vårdas i den slutna somatiska vården med vårdrelaterad infektion vid mätillfället.
<b>Beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal patienter som vårdas i den slutna somatiska vården med vårdrelaterad infektion. <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter som vårdas i den slutna somatiska vården.
<b>Mätmetod</b>	Punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Sjukhusen genomför mätningarna vid ett tillfälle under en tvåveckorsperiod i april och i november. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.
<b>Datakälla</b>	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).
<b>Felkällor</b>	Täckningsgraden är drygt 90 procent beräknat utifrån antal rapporterade patienter i förhållande till disponibla vårdplatser. Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild vid mätillfället och utfallet kan påverkas av andra yttre faktorer vid den aktuella tidpunkten. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelser mellan sjukhus på grund av skillnader i patientsammansättning.

## 10 MPR-vaccination av barn

---

<b>Mått</b>	Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2007 och inskrivna på BVC.
<b>Beskrivning</b>	MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet. <i>Täljare:</i> Antal barn födda 2007 som MPR vaccinerats minst en gång vid mätillfället januari 2010. <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn födda 2007 och var inskrivna inom barnhälsovården.
<b>Mätmetod</b>	Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården (BVC-journaler) och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna avser vaccinationsstatus i januari 2010.
<b>Datakälla</b>	Smittskyddsinstitutet.
<b>Felkällor</b>	Det grundläggande datamaterialet är av god kvalitet med en hög täckningsgrad.

## FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHET

### 11 Tillgång till sjukvård

---

<b>Mått</b>	Andel som uppgav att de hade tillgång till den vård de behöver.
<b>Beskrivning</b>	I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. <i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.
<b>Mätmetod</b>	Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersöknings-

omgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.

**Datakälla** Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarefrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

## 12 Förtroende för vård vid central

---

**Mått** Andel i befolkningen som uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler eller motsvarande.

**Beskrivning** I måttet redovisas befolkningens förtroende för vården oavsett om man nyligen haft kontakt med vårdcentral eller ej.

*Täljare:* Antal individer i ett urval av befolkningen som det aktuella året uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler.

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

**Mätmetod** Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersökningsomgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.

**Datakälla** Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarefrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

## 13 Förtroende för vård vid sjukhus

---

**Mått** Andel i befolkningen som uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus.

**Beskrivning** I måttet redovisas befolkningens förtroende för vård och behandling oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukhus eller ej.

*Täljare:* Antal individer i ett urval av befolkningen som det aktuella året uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus.

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

**Mätmetod** Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersökningsomgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.

**Datakälla** Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarefrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

## 14 Bemötande vid besök i primärvård

---

**Mått** "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"

**Beskrivning** Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

**Mätmetod** Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Fråge-

formuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

**Datakälla** Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarsfrekvensen var cirka 60 procent för hela riket. Yngre män är som en följd av ett lågt deltagande kraftigt underrepresenterade i materialet. Äldre patienter av båda könen är överrepresenterade till följd av en hög svarsfrekvens i dessa grupper.

## 15 Information vid besök i primärvård

---

**Mått** "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?"

**Beskrivning** Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde informationen vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

**Mätmetod** Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

**Datakälla** Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarsfrekvensen var cirka 60 procent för hela riket. Yngre män är som en följd av ett lågt deltagande kraftigt underrepresenterade i materialet. Äldre patienter av båda könen är överrepresenterade till följd av en hög svarsfrekvens i dessa grupper.

## 16 Delaktig i beslut om vård och behandling i primärvård

---

**Mått** "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?"

**Beskrivning** Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktigheten vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

**Mätmetod** Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

**Datakälla** Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarsfrekvensen var cirka 60 procent för hela riket. Yngre män är som en följd av ett lågt deltagande kraftigt underrepresenterade i materialet. Äldre patienter av båda könen är överrepresenterade till följd av en hög svarsfrekvens i dessa grupper.

## TILLGÄNGLIGHET

### 17 Läkarpbesök inom sju dagar i primärvård

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet visar andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen inom sju dagar i förhållande till det totala antalet inrapporterade besök som omfattas av vårdgarantin.</p> <p>Faktisk väntetid avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en besökstid, till tidpunkten för besöket.</p> <p>Med läkarbesök avses här patienter som besöker läkaren för ett tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig förändring/försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte. Patienter som valt en senare tid (patientvald väntetid) än den som erbjuds exkluderas.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen i primärvården inom sju dagar vid det aktuella mättilfället.</p> <p><i>Nämnare:</i> Det totala antalet inrapporterade besök på allmänläkarmottagning i primärvården vid det aktuella mättilfället.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Samtliga vårdcentraler/motsvarande rapporterar uppgifter om faktisk väntetid i kalenderdagar per patient. Även privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som ska rapporteras.</p> <p>Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2009 under tio arbetsdagar i följd under två veckor, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.</p>
<b>Datakälla</b>	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	<p>Andel patienter som får komma inom sju dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök. Vissa vårdcentraler har begränsad tidbokning framåt i tiden.</p> <p>Vid vårdcentraler där patienter till exempel endast kan bokas för tid samma dag och ombeds att ringa nästa dag, om alla tider är upptagna, ger mätningen en falsk bild av tillgängligheten.</p>

### 18 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård

---

<b>Mått</b>	"Vad anser du om tiden du fick vänta?"
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgängligheten till det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.</p> <p>Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.</p> <p>Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.</p>
<b>Mätmetod</b>	Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.
<b>Datakälla</b>	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Svarsfrekvensen var cirka 60 procent för hela riket. Yngre män är som en följd av ett lågt deltagande kraftigt underrepresenterade i materialet. Äldre patienter av båda könen är överrepresenterade till följd av en hög svarsfrekvens i dessa grupper.

## 19 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande mottagning.
<b>Beskrivning</b>	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste tolv månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller motsvarande och som ringt vårdcentralen innan besöket.
<b>Mätmetod</b>	Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Av dessa ingår i måttet endast de som besökt och ringt vårdcentralen under den senaste tolv månadersperioden.
<b>Datakälla</b>	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

## 20 Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till sjukvårdsrådgivningen (I177 eller motsvarighet till I177 i respektive landsting).
<b>Beskrivning</b>	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna ringt sjukvårdsrådgivningen. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller motsvarande och som ringt vårdcentralen innan besöket.
<b>Mätmetod</b>	Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Av dessa ingår i måttet endast de som de senaste 12 månaderna ringt sjukvårdsrådgivningen.
<b>Datakälla</b>	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

## 21 Väntat längre än 90 dagar på specialistbesök

---

<b>Mått</b>	Andelen av det totala antalet väntande som väntat längre än 90 dagar på besök i planerad specialiserad vård.
<b>Beskrivning</b>	Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat längre än 90 dagar på ett förstabetesök inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mät-tillfället. Enbart läkarbesök ingår. Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.
<b>Mätmetod</b>	Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.

Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system.

Databasens vårdutbud täcker i stort sett alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

<b>Datakälla</b>	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

## 22 Väntat längre än 90 dagar på behandling

---

<b>Mått</b>	Andelen av det totala antalet väntande som väntat längre än 90 dagar på behandling (operation/åtgärd) i planerad specialiserad somatisk vård.
<b>Beskrivning</b>	<p>Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat längre än 90 dagar på behandling (42 specifika operationer/åtgärder) inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mättilfället.</p> <p>Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om behandling har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.</p> <p>Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system.</p> <p>Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.</p>
<b>Datakälla</b>	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

## KOSTNADER

### 23 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

---

<b>Mått</b>	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uttryckt i kronor per invånare justerade för strukturella faktorer enligt systemet för kostnadsutjämning mellan landsting.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som landstinget inte kan påverka bland annat befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst m.m.</p> <p>Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Dessutom har omstruktureringskostnader exkluderats för att öka jämförbarheten.</p> <p>Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår.</p>

Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden ställs mot invånare per 31 december.

Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare (enligt ovan), exklusive läkemedel, dividerad med kvoten mellan standardkostnad för hälso- och sjukvård i respektive landsting och motsvarande för riket. Till detta läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan landstingets statsbidrag per invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag.

<b>Mätmetod</b>	<p>En förväntad nettokostnad enligt behovsindex (standardkostnad) beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd och förekomst av vissa särskilt vårdtunga grupper samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster och boende. Standardkostnaden beräknas utifrån riksgenomsnittet för varje delgrupp. Skillnader i standardkostnad mellan olika landsting avser att avspegla den kostnadsmässiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i skatteutjämnings kostnadsutjämning.</p> <p>Statsbidraget för läkemedel fördelas mellan landstingen enligt en modell liknande den för sjukvården. Kvoten mellan statsbidrag per invånare för det enskilda landstinget och riksgenomsnittet uttrycker strukturella skillnader i bl.a. sjukdomspanorama som påverkar de förväntade läkemedelskostnaderna.</p> <p>För tidigare period har kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPI (Landstingsprisindex).</p>
<b>Datakälla</b>	Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån. Patientregistret, Socialstyrelsen. LPI, Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadsläget.

## **23A Kostnad per invånare per verksamhetsgren**

---

<b>Mått</b>	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård i kronor per invånare.
<b>Beskrivning</b>	Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Även omstruktureringskostnader exkluderas. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden redovisas i kronor per invånare.
<b>Mätmetod</b>	Årlig undersökning via enkäter till samtliga landsting med bokslutsuppgifter om kostnader och intäkter för olika verksamheter. En landstingsgemensam verksamhetsindelning, VI 2000, definierar och avgränsar hälso- och sjukvård, tandvård, hemsjukvård, primärvård, specialiserad somatisk vård etc. En gemensam kontoplan definierar kostnads- och intäktslag. Datainsamlingen görs av Statistiska centralbyrån.
<b>Datakälla</b>	Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.
<b>Felkällor</b>	Kvaliteten i uppgifterna är god, dock har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Alternativet att inkludera hemsjukvården skulle försämra jämförbarheten ytterligare.

## **23B Justerad läkemedelskostnad per invånare**

---

<b>Mått</b>	Kostnad per invånare för läkemedel inom läkemedelsförmånen.
-------------	---



<b>Beskrivning</b>	Måttet belyser landtingets kostnad i kronor per invånare för de receptförskrivna läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen. Då landstingen har olika rutiner för receptförskrivning respektive rekvisition för vissa läkemedelsgrupper har följande utelämnats: B01AB heparingruppen, B01AC trombocyttaggregationshämmande, B02BD koagulationsfaktorer, B03XA övriga medel vid anemier, H01CB tillväxthormonhämmande, J06BA humant normalt immunglobulin, J07BM papillomvirusvacciner, L01XE proteinkinashämmare, L03A immunstimulerande medel, L04A immunsuppressiva medel, N07BC medel vid opioidberoende. Kostnaden för handelsvaror inom förmånen ingår inte.
<b>Mätmetod</b>	Ålders- och könsmässig standardisering med rikets population.
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Det har inte gjorts några justeringar för eventuella variationen av sjukdomsbilden mellan landstingen.

## 24 Kostnad per konsumerad DRG-poäng

<b>Mått</b>	Landstingens kostnader per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård i kronor.
<b>Beskrivning</b>	<p>Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppen vård som slutna vård och hemsjukvård ingår i måttet. Området definieras i VI 2000.</p> <p>Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 23A).</p> <p>Sjukvårdens prestationer uttrycks i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av alla vårdkontakter multiplicerad med vikten för respektive vårdkontakt.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Nettokostnaden justeras för köp och försäljning av verksamhet mellan landsting inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet för att matcha de verksamhetsuppgifter som används.</p> <p>DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade vårdtillfällen och besök som justeras för den beräknade vikt varje vårdkontakt har. Alla till patientregistret rapporterade vårdtillfällen tillsammans och läkarbesök grupperas i NordDRG och får därmed en DRG-grupp och en vikt enligt den senaste tillgängliga grupperaren och reella viktlistan. Resterande besök delas in efter besökstyp, personalkategori och verksamhetsområde och åsätts en standardvikt för respektive grupp.</p> <p>Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för drygt 60 % av den slutna vården. Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik.</p> <p>Riket innehåller de vårdkontakter och kostnader som inte har kunnat bindas till ett visst landsting/region.</p> <p>Vid beräkning av tidigare period har vikter för det senaste året används och kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPI (Landstingsprisindex).</p>
<b>Datakälla</b>	Patientregistret, Socialstyrelsen. Verksamhetsstatistik, KPP-Databasen och LPI, Sveriges Kommuner och Landsting, Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.
<b>Felkällor</b>	DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontaktens primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientmix, patienternas ålder och sjukdomssvårighet, men inte till andra faktorer. Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.

## 25 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

---

<b>Mått</b>	Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården.
<b>Beskrivning</b>	<p>Primärvård omfattar allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik och arbetsterapi med mera enligt definition i VI 2000.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Kostnaderna för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 23A).</p> <p>Viktad vårdkontakt omfattar antalet besök av olika typ (till exempel mottagningsbesök, hembesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. Dessa viktas samman efter genomsnittlig resurstyngd.</p>
<b>Mätmetod</b>	Vårdkontaktarna viktas med hänsyn till typen av vårdkontakt (telefonkontakt eller mottagningsbesök), vilken personalkategori som är involverad och vilket delområde kontakten är redovisad på (t.ex. arbetsterapi eller allmänläkarvård). De olika typerna av besök och telefonkontakter har viktats enligt genomsnittlig resurstyngd. På samma sätt har läkarkontakter och kontakter hos andra personalkategorier viktats. Ett hembesök motsvarar 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan personalkategori än läkare motsvarar 40 % av ett läkarbesök. Vårdkontaktarna viktas sedan enligt genomsnittskostnaden per vårdkontakt för respektive delområde (allmänläkarvård, sjuksköterskevård etcetera).
<b>Datakälla</b>	Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting. Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.
<b>Felkällor</b>	Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.

## GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

### 26 Tobaksvanor under graviditet

---

<b>Mått</b>	Andel kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32.
<b>Beskrivning</b>	<p>Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet och i tidig graviditet registreras vid inskrivning till mödrahälsovård som oftast sker i graviditetsvecka 8–12. Gravida kvinnors tobaksvanor registreras även sent i graviditeten i graviditetsvecka 30–32.</p> <p>Indikatorn visar hur stor andel gravida kvinnor rökte eller snusade vid inskrivning men hade slutat sent i graviditeten samt andelen gravida kvinnor som antingen rökte eller snusade sent i graviditet.</p> <p>Vid bortfall av tobaksvanor sent i graviditeten antar vi att de gravida kvinnorna inte använde tobak om de inte hade rökt eller snusat tre månader före aktuell graviditet och vid inskrivning.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal gravida kvinnor som rökte och/eller snusade vid graviditetsvecka 30–32. <i>Nämnare:</i> Samtliga gravida kvinnor vid graviditetsvecka 30–32.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting och mellan tidsperioder.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år. Bortfallet för mödrahälsovårdsjournalerna, där bl.a. tobaks-

vanor samlas in, är något större (ca 7 %) men bortfall för den studerande perioden, 2007–2008 ligger på drygt 5% vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning.

## 27 Tidiga aborter

---

<b>Mått</b>	Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiskt utförda aborter.
<b>Beskrivning</b>	Medicinsk abort innebär att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling i två omgångar med 2-3 dygns intervall. Kirurgisk abort innebär att graviditeten avbryts genom instrumentell utrymning av livmodern. Med tidig abort avses aborter utförda före den 9:e fullgångna graviditetsveckan, dvs före vecka 9+0. <i>Täljare:</i> Antal aborter före den 9:e fullgångna graviditetsveckan. Uppdelat på medicinska respektive kirurgiska aborter. <i>Nämnare:</i> Totala antalet aborter.
<b>Mätmetod</b>	Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån kvinnornas hemort. Avidentifierade uppgifter om utförda aborter inrapporteras till Socialstyrelsen från främst kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar på sjukhus. Socialstyrelsens abortstatistik innehåller samtliga legala aborter som genomförts i Sverige sedan 1975.
<b>Datakälla</b>	Abortstatistik, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en god kvalitet.

## 28 Dödfödda

---

<b>Mått</b>	Antal dödfödda per 1 000 födda barn.
<b>Beskrivning</b>	Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Från och med den 1:a juli 2008 har gränsen ändrats så att barn födda efter 22:a graviditetsveckan inkluderas. Men eftersom våra siffror ännu endast inkluderar årgångar upp till 2007 behålls den tidigare definitionen. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning. Antal dödfödda har beräknats per 1 000 födda i respektive landsting.
<b>Mätmetod</b>	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort. Uppgifter om dödfödda barn inrapporteras årligen av sjukhusen till Socialstyrelsen.
<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

## 29 Neonatal dödlighet

---

<b>Mått</b>	Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn.
<b>Beskrivning</b>	Med neonatal dödlighet avses antalet barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Antal döda inom 28 dygn har beräknats per 1 000 levande födda i respektive landsting.
<b>Mätmetod</b>	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

### 30 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

---

<b>Mått</b>	Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter.
<b>Beskrivning</b>	Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet där högsta poäng är 10. Låg Apgar-poäng definieras som under sju poäng vid mätningar fem minuter efter födelsen. <i>Täljare:</i> Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen. <i>Nämnare:</i> Totalt antal levande födda barn.
<b>Mätmetod</b>	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort. Apgar-poängsystemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen.
<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

### 31 Bristningar vid förlossning

---

<b>Mått</b>	Andelen perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar.
<b>Beskrivning</b>	Perinealbristning är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. Instrumentell förlossning innebär att barnet förlöses antingen med en sugklocka (vakuumextraktion, VE) eller med hjälp av en tång. <i>Täljare:</i> Antalet perinealbristningar av graden tre eller fyra vid vaginal förlossning uppdelad på instrumentella respektive icke-instrumentella förlossningar. <i>Nämnare:</i> Totala antalet vaginala förlossningar.
<b>Mätmetod</b>	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

### 32 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

---

<b>Mått</b>	Andel kejsarsnitt med bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet.
-------------	---

<b>Beskrivning</b>	<p>Andelen kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet. Gruppen har definierats enligt följande: Modern är förstföderskor i åldern 20–34 år med BMI &lt; 30. Modern varken röker eller snusar, är sammanboende med barnafadern och har inga allvarliga sjukdomar såsom diabetes, SLE, epilepsi, njursjukdomar, ulcerös colit/Mb Crohn eller kronisk hypertoni. Inga allvarliga graviditetskomplikationer såsom preeklampsi, graviditetsdiabetes, placenta praevia, sätesförlossning eller andra bjudningar som kan medföra problem vid vaginal förlossning. Graviditetstiden är 37–41 veckor, barnets vikt 2 500–4 499 gram, enkelbördsförlossning och förlossningen startade inte med induktion.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal förstföderskor i åldern 20–34 år utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet som under en 5-årsperiod förlöstes med kejsarsnitt.  <i>Nämnare:</i> Totalt antal kvinnor i åldern 20–34 år som under perioden födde barn med förlossning utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet.</p>
<b>Jämförelsepopulation</b>	<p>Andelen kejsarsnitt bland förstföderskor i en jämförelsepopulation till indikatorn "kejsarsnitt med bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet". För att kunna jämföra kejsarsnittsfrekvensen har endast förstföderskor vid enkelbördsförlossningar i ålder 20–34 tagits med.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal kvinnor som under perioden förlöstes med kejsarsnitt vid enkelbördsförlossning. Endast förstföderskor i åldern 20–34 år inkluderades.  <i>Nämnare:</i> Totalt antal kvinnor som födde barn under åren perioden. Endast enkelbördsförlossningar där kvinnan var förstföderska och i åldern 20–34 år inkluderades.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta förstföderskor under perioden och som var i åldern 20–34 år och där förlossningen var en enkelbördsförlossning, som standardpopulation.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	<p>Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Bortfallet för mödrhälsosvårdsjournalerna, där bl.a. moderns familjesituation och tobaksvanor samlas in, är något större (ca 7 %) vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning och familjesituation inkluderas.</p>

### 33 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

<b>Mått</b>	Kostnad per vårdtillfälle för förlossning inklusive kejsarsnitt, DRG 370–373.										
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.</p> <p><i>Täljare:</i> Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 370–373  <i>Nämnare:</i> Totala antalet vårdtillfällen för DRG 370–373.</p>										
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.</p> <table border="1" data-bbox="300 1429 793 1591"> <thead> <tr> <th>DRG</th> <th>DRG text</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>370</td> <td>Kejsarsnitt, komplicerat</td> </tr> <tr> <td>371</td> <td>Kejsarsnitt, utan komplikation</td> </tr> <tr> <td>372</td> <td>Vaginal förlossning, komplicerat</td> </tr> <tr> <td>373</td> <td>Vaginal förlossning, utan komplikation</td> </tr> </tbody> </table>	DRG	DRG text	370	Kejsarsnitt, komplicerat	371	Kejsarsnitt, utan komplikation	372	Vaginal förlossning, komplicerat	373	Vaginal förlossning, utan komplikation
DRG	DRG text										
370	Kejsarsnitt, komplicerat										
371	Kejsarsnitt, utan komplikation										
372	Vaginal förlossning, komplicerat										
373	Vaginal förlossning, utan komplikation										
<b>Datakälla</b>	KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.										
<b>Felkällor</b>	Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till										

KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## KVINNOSJUKVÅRD

### 34 Önskade händelser efter borttagande av livmoder

**Mått** Önskade händelser efter hysterektomi.

**Beskrivning** Kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation ingår. Patienterna följs upp med avseende återinskrivning för någon av de specificerade komplikationerna.

*Täljare:* Kvinnor som genomgått hysterektomi enligt nämnnarens kriterier och som inom 7 respektive 28 dagar återinskrivs med någon av följande huvuddiagnoser.

Tidsperiod för mätning av komplikation	Huvuddiagnos, Diagnoskod – ICD-10
Inom 28 dagar	D62, K560, K567, I978, I979, J954, J958, J959, T814
Inom 7 dagar	N390, R33, R3912

*Nämnnare:* Samtliga kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation enligt nedanstående kriterier och som lever 28 dagar efter hysterektomin.

<b>inklusion:</b>	<b>Åtgärdskod (KKÅ)</b>
Hysterektomi	LCD
<b>Exklusioner:</b>	<b>Åtgärdskod (KKÅ)</b>
Obstetrik	M
<b>Exklusioner:</b>	<b>Huvuddiagnos</b>
Graviditet och förlossning	O
Cancer	C, Z510, Z511
HIV	B24, Z21, R75
<b>Exklusioner:</b>	<b>Skadediagnos, yttre orsak</b>
Skador	V01–V99, W00–W23, W25–W27, W30–W31, W33–W40, W44–W45, W50–W60, W64–W77, W81–W84, W85–W99, X00–X31, X33–X38, X51, X53, X54, X57, X60–X99, Y00–Y09, Y350–Y354, Y356, Y357, Y36

För jämförbarhetens skull följer indikatorns definition så långt möjligt en kanadensisk förlaga (CIHI). För exklusionskriterierna rörande graviditet och förlossning samt obstetriska åtgärder har dessa vidgats något och omfattar här hela kapiteln för dessa diagnoser och åtgärder. Både listan på relevanta komplikationer och exklusionskriterierna kan komma att förändras för att anpassas till svenska förhållanden.

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom ålderstandardisering med 2000 års kvinnor med genomgången hysterektomi som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** De komplikationer som upptäckts och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som önskade händelser. Vidare kan diagnossättningen variera mellan vårdgivare.

### 35 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

**Mått** Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder.

**Beskrivning** Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Den är påverkbar med information och

av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

*Täljare:* Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som hysterektomerats p.g.a. godartade symtomgivande besvär.

**Mätmetod** Enkät, som skickas till patienten åtta veckor efter operationen.

**Datakälla** Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

**Felkällor** Svansfrekvensen överstiger 95 procent, men varierar mellan kliniker. Av deltagande 43 kliniker uppnår 29 kliniker en svansfrekvens på 90 procent eller mer. 13 kliniker har mindre än 5 procent bortfall. Dock har 4 kliniker ett bortfall överstigande 20 procent.

## 36 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

**Mått** Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall.

**Beskrivning** Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Den är påverkbar med information och av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

*Täljare:* Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som opererats för livmoderframfall.

**Mätmetod** Enkät, som skickas till patienten åtta veckor efter operationen.

**Datakälla** Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

**Felkällor** Varierande svansfrekvens mellan klinikerna. 12 av de deltagande 37 klinikerna har ett svansbortfall på mindre än 5 procent.

## 37 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

**Mått** Andel operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi.

**Beskrivning** Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av livmoderframfall.

*Täljare:* Antal operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi.

*Nämnare:* Totala antalet utförda operationer av livmoderframfall d.v.s. även operationer utförda inom slutenvården.

**Mätmetod** Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10	Åtgärdskod
Livmoderframfall	N81.1–N81.6, N81.9, N88.4, N99.3	LEF

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

## 38 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

---

Mått	Kostnad per vårdtillfälle för hysterektomi. Vårdtillfällen med åtgärdskod LCD-operationer med avlägsnade av uterus, exklusive vårdtillfällen med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.
Beskrivning	Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. <i>Täljare:</i> Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen med åtgärdskod LCD-operationer med avlägsnade av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos. <i>Nämnare:</i> Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod LCD-operationer med avlägsnade av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.
Mätmetod	Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.
Datakälla	KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbildningen. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 39 Väntat längre än 90 dagar på gynekologisk operation

---

Se indikator 22.

## 40 Väntat längre än 90 dagar på gynekologiskt läkarbesök

---

Se indikator 21.

## RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

### 41 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

---

Mått	Andel knäproteser som inte behöver revideras under perioden, 1997–2008.
Beskrivning	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Ingen standardisering utom selektionen av totala knäproteser insatta för artros. Sjukhuset där primäroperationen utförts bestämmer landstingstillhörigheten.
Mätmetod	Alla kliniker som utför knäprotesoperation skickar uppgifter till registret. Det kan vara svårt att bedöma den exakta täckningsgraden som estimeras vara ca 95%. Jämförelser mellan Knäprotesregistret och redovisningar från Socialstyrelsens PAR databas för de senaste 5 åren antyder att registret har registrerat ungefär lika många operationer som PAS. En noggrannare jämförelse på individbasis pågår. Revisionen kan ha utförts i ett annat landsting
Datakälla	Informationen har hämtats ifrån Knäprotesregistrets databas som den såg ut i juni 2009.
Felkällor	Sammanställningen baseras på deskriptiva uppgifter som inte tar hänsyn till variation i ålder och varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i en artikel från registret: Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and issues in ranking hospitals. Acta Orthop. 2006 Jun; 77(3): 487–93.



## 42 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

---

<b>Mått</b>	Andel totala höftproteser som inte behöver revideras under 10-årsperioden, 1999–2008.
<b>Beskrivning</b>	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en om operation där en proteskomponent eller hela protesens bytts ut och/eller att protesens tas bort.  Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.
<b>Mätmetod</b>	Kaplan-Meier metoden har används för beräkning av "protesöverlevnad".  Samtliga berörda kliniker i Sverige rapporterar uppgifter avseende primära, totala höftproteser till Svenska Höftprotesregistret.  Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.
<b>Datakälla</b>	Svenska Höftprotesregistret.
<b>Felkällor</b>	Täckningsgraden för denna variabel är mycket god, 98%. Olikartad ålderssammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

## 43 Omoperation efter total höftprotesoperation

---

<b>Mått</b>	Andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.
<b>Beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen oavsett vilken orsaken till omoperation är. Avser all form av ytterligare kirurgi (vidare begrepp än revision) efter indexoperationen. <i>Nämnare:</i> Samtliga operationer av totala höftproteser som registrerats i Svenska Höftprotesregistret under perioden 2005–2008.
<b>Mätmetod</b>	Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska behandlingar av luxationer (urledvridningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärkliniken/-landstinget.  Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.
<b>Datakälla</b>	Svenska Höftprotesregistret.
<b>Felkällor</b>	Täckningsgraden för denna variabel är mycket god. Olikartad ålderssammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

## 44 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

---

<b>Mått</b>	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation. Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.
<b>Beskrivning</b>	Måttet anger patienternas uppskattning av sin hälsorelaterade livskvalitet enligt EQ-5D ett år efter total höftprotesoperation, jämfört med den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen – en patientrapporterad hälsovinst erhålls.
<b>Mätmetod</b>	Höftprotesregistret följer upp patientrapporterade resultat av operationer. Alla patienter besvarar ett preoperativt formulär med tio frågor. Skattning av hälsorelaterad

livskvalitet sker med hjälp av instrumentet EQ-5D. EQ-5D hälsoindex är ett viktat totalvärde för hälsorelaterad livskvalitet (5 frågor) med lägsta värde på -0,594 och bästa på 1,0. Samma formulär som användes före operationen sänds med en kompletterande fråga om tillfredsställelse till patienten ett år efter operationen.

Differensen mellan värdena för de båda mättillfällena återges som förbättring enligt EQ 5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operation.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

**Datakälla** Svenska Höftprotesregistret.

**Felkällor** Variation i patientmix (patienter med olika sjukdomsgrad, andra sjukdomar etc) kan påverka utfallet. Registret registrerar individbaserade demografiska variabler (case mix). Dessa variabler redovisas i registrets årsrapport per klinik. Vid en djupanalys för jämförelser av olika utfall för EQ 5D-index bör dessa variabler alltid anges och beaktas.

## 45 Önskade händelser efter knä- och höftoperation

**Mått** Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation.

**Beskrivning** Samtliga patienter som genomgått en knä- eller total höftprotesoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på död, kirurgiska knä- och höftprotesspecifika komplikationer, återinskrivning för hjärt-kärlsjukdom, pneumoni, eller urinstämna.

*Täljare:* Patienter som fått knä- eller höftprotes och drabbas av en önskad händelse inom 30 dagar efter utskrivning.

*Nämnamn:* Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotes.

**Mätmetod**

	Åtgärdskod
<i>Operationer</i>	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49
<i>Önskade händelser</i>	<i>Diagnoskod – ICD-10</i>
Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotesspecifika komplikationskoder, huvud- eller bidiagnos	T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, T840, T814, I803, I269, Y845
Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämna, huvuddiagnos	I, J819, J15, J18, J13, R33
Död	Alla orsaker

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års knä- och höftprotesopererade som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** De komplikationer som upptäcks och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som önskade händelser.

## 46 Väntetid inför höftfrakturoperation

**Mått** Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2008.

**Beskrivning** Måttet anger handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst tills dess höftfrakturpatienten blir opererad. Det vill säga hur lång tid i timmar det tar från det att patienten ankommer till sjukhuset till dess att operation startar. I måttet redovisas den genomsnittliga väntetiden per landsting för alla höftfrakturpatienter.

Redovisningen avser patienter 50 år och äldre med exkluderande av frakturer betingade av metastas och annan patologisk benförändring.

- Mätmetod** Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på timmar för ankomst respektive operation. Under 2008 övergick många kliniker till klockslagsregistrering, varför årets indikator anges i timmar.
- Patienterna hänförs till den klinik där de akutopereras. Höftfrakturpatienterna är åldriga och har liten förflyttning inom landet.
- Datakälla** RIKSHÖFT (Svenska Höftfrakturregistret).
- Felkällor** För de sjukhus som fortfarande anger delar dygn har omräkningen av tidsrapporter till timmar skett, vilket ger en viss osäkerhet i analysen. Vid mätperioden saknades data från tre landsting, dvs täckningsgraden på nationell nivå är relativt låg.

## 47 Protesoperation vid höftfraktur

- Mått** Andel protesopererade patienter 65 år och äldre vid cervikal höftfraktur.
- Beskrivning** Förstagångsfall av cervikal höftfraktur (brott på lårbenshalsen) där frakturen var huvuddiagnos och patienten var 65 år eller äldre ingår i beräkningarna. Bland dessa ingår i analysen de som opererats med halv- eller total höftprotes eller behandlats med traditionell osteosyntes.
- Täljare:* Förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller äldre som åtgärdades med ledprotes.
- Nämnamnare:* Samtliga förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller över som åtgärdades med ledprotes eller osteosyntes.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
	S720 (Icd9:820A, 820B, 820W, 820X)
Operationer	Åtgärdskod
	Primära ledprotesoperationer: NFB, Osteosyntes eller annan operation vid fraktur på femur: NFJ39-NFJ99

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års höftfrakturpatienter som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

- Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Möjliga skillnader i kodningspraxis mellan landstingen.

## 48 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

- Mått** Andel kvinnor 50 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur.
- Beskrivning** Kvinnor i åldrarna 50 år och över som slutenvårdats med huvuddiagnos för fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel följdes upp med avseende på osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patientens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingår i beräkningarna.
- Täljare:* Kvinnor 50 år och över som för första gången slutenvårdats för ovanstående diagnoser och som fick osteoporosförebyggande läkemedel räknas någon gång under perioden 6–12 månader efter slutenvård.
- Nämnamnare:* Kvinnor 50 år och över som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser.

**Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

<b>Diagnos</b>	<b>Diagnoskod – ICD-10</b>
	S321–S328, S525, S526, S422, S423, S22, S720–S724, S821
<b>Läkemedel</b>	<b>ATC-kod</b>
	M05BA, M05BB, G03CX01, G03XC01, G03F, G03CA03, exklusive lokalt verkande hormonpreparat.

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års kvinnliga frakturpatienter som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

**Datakälla** Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Slutenvård kan användas i olika utsträckning i de olika landstingen för denna typ av diagnoser.

## 49 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

**Mått** Antalet artroskopier med huvuddiagnos knäartros eller vissa andra sjukliga förändringar i knäled per 100 000 invånare.

**Beskrivning** Måttet visar antalet explorativa artroskopier med operationskoder: NGA01, NGA11, NGD01, NGD11 och NGF31. Åtskilliga anledningar kan leda till artroskopi varför i detta avseende har de som har haft huvuddiagnosen M17 (knäartros) och M23 (meniskskador) valts. Uppgifter om artroskopier via öppenvård och slutenvård och antalet åtgärder har tagits från Patientregistret (PAR). Siffrorna är per 100 000 invånare i åldrarna 40 och äldre.

**Mätmetod** Uppgifterna om antalet operationer har hämtats från Patientregistret samt Öppenvårdregistret genom följande operationskoder:

<b>Kod</b>	<b>Definition</b>
NGA01	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av mjukdelar i knä eller underben
NGA11	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled
NGD01	Artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled
NGD11	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled
NGF31	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision ledbrosk i knäled

Dessa patienter har haft följande huvuddiagnoser:

<b>Patientregister</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Ålder</b>
Knäartros	M17	40 år och äldre
Sjukliga förändringar i knäled	M23	"

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade antal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet fall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

**Datakälla** Patientregistret Socialstyrelsen.

**Felkällor** Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser och registrera åtgärds-koder kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabla värden. Privata vårdgivare underrapporterar till PAR.

## 50 **Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit**

---

<b>Mått</b>	Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare över 18 år.
<b>Beskrivning</b>	Antal patienter avser de med diagnosen reumatoid artrit som vid årsskiftet behandlades med biologiska läkemedel. Endast befolkning över 18 år är inkluderat.
<b>Mätmetod</b>	Ur kvalitetsregistret hämtas uppgifter om antal patienter med Reumatoid Artrit M05.9 + M06.0 som vid årsskiftet behandlades med biologiska läkemedel, per 100 000 personer i populationen. Fördelning på landsting baseras på patientens folkbokföringsadress
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.
<b>Felkällor</b>	Eventuell underrapportering till registret.

## 51 **Patientrapporterad hälsa – behandlingsstart med biologiskt läkemedel**

---

<b>Mått</b>	Förbättring av patientrapporterad hälsa vid reumatisk sjukdom, mätt mellan det besök då biologiskt läkemedel ges för första gången och uppföljningsbesök 4–12 månader senare.
<b>Beskrivning</b>	Indikatoren mäter patientens egen uppfattning om förbättringen av hälsan under första behandlingsåret med biologiskt läkemedel. Ingår gör samtliga patienter med reumatologisk diagnos i kvalitetsregistret som för första gången ges behandling med ett biologiskt läkemedel. <i>Täljare:</i> Skillnaden i patientvärdet vid uppföljningsbesök och initialbesöket. <i>Nämnare:</i> Patientvärdet vid initialbesöket. Fördelning på landsting baseras på patientens folkbokföringsadress.
<b>Mätmetod</b>	Patienten anger sin hälsa i en visuell analogskala (VAS 0–100mm) vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och biologiskt läkemedel sätts in. Detta värde jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket).
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.
<b>Felkällor</b>	Eventuell underrapportering till registret.

## 52 **Patientrapporterad hälsa – initial vård av reumatoid artrit**

---

<b>Mått</b>	Patientrapporterad förbättring av allmän hälsa 6 månader efter behandlingsstart vid insjuknande i reumatoid artrit.
<b>Beskrivning</b>	Indikatoren visar förbättring av patientrapporterad hälsa mätt mellan första besöket hos specialist, då diagnosen reumatoid artrit (RA) ställs, och uppföljningsbesök 4–12 månader senare, oavsett behandling. Förbättring av hälsa anges som en andel av utgångsvärdet. Ingår gör samtliga nyinsjuknade i RA som diagnosticeras på specialistmottagning. <i>Täljare:</i> Skillnaden i patientvärdet mellan uppföljningsbesök och initialbesöket. <i>Nämnare:</i> Patientvärdet vid initialbesöket
<b>Mätmetod</b>	Patienten anger sin hälsa i en visuell analogskala (VAS 0–100 mm) vid besöket hos specialist. Detta värde jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket). Fördelningen på landsting baseras på patientens folkbokföringsadress.

Diagnoser	ICD-10
Seropositiv reumatoid artrit, ospec	M05.9
Inflammatorisk polyartrit	M06.4
Rheumatoid artrit, ospec	M06.9

**Datakälla** Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

**Felkällor** Eventuell underrapportering till registret. I Norrbotten ställs diagnosen redan i primärvården med stöd av reumatologspecialist på distans, redan innan första initialbesöket hos specialist, då registrering sker. Detta gör att den redovisade förbättringen i Norrbotten är en underskattning.

## 53 Väntat längre än 90 dagar – besök ortopedi

Se indikator 21.

## 54 Väntat längre än 90 dagar – knä- och total höftprotosoperation

Se indikator 22.

## 55 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotosoperation

**Mått** Kostnad per vårdtillfälle för total höftprotosoperation. DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49 och NFB99.

**Beskrivning** Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

*Täljare:* Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49 och NFB99.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49 och NFB99.

**Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledprotoser på nedre extremitet

Åtgärd	Åtgärdstext
NFB29	Primär total höftledsplastik utan cement
NFB39	Primär total höftledsplastik med hybridteknik
NFB49	Primär total höftledsplastik med cement
NFB99	Annan primär ledprotosoperation i höftled

**Datakälla** KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 56 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotosoperation

**Mått** Kostnad per vårdtillfälle. DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.</p> <p><i>Täljare:</i> Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.</p>												
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimmingen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">DRG</th> <th style="text-align: left;">DRG text</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>209A</td> <td>Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Åtgärd</th> <th style="text-align: left;">Åtgärdstext</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NGB29</td> <td>Primär totalprotes i knäled utan cement</td> </tr> <tr> <td>NGB39</td> <td>Primär totalprotes i knäled med hybridteknik</td> </tr> <tr> <td>NGB49</td> <td>Primär totalprotes i knäled med cement</td> </tr> </tbody> </table>	DRG	DRG text	209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet	Åtgärd	Åtgärdstext	NGB29	Primär totalprotes i knäled utan cement	NGB39	Primär totalprotes i knäled med hybridteknik	NGB49	Primär totalprotes i knäled med cement
DRG	DRG text												
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet												
Åtgärd	Åtgärdstext												
NGB29	Primär totalprotes i knäled utan cement												
NGB39	Primär totalprotes i knäled med hybridteknik												
NGB49	Primär totalprotes i knäled med cement												
<b>Datakälla</b>	KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.												
<b>Felkällor</b>	Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.												

## DIABETESVÅRD

### 57 **Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes**

---

<b>Mått</b>	Andel kostbehandlade patienter med diabetes i primärvård med blodsockervärdet (HbA1c) $\leq$ 6,0%.
<b>Beskrivning</b>	<p>HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Definierat till ett HbA1c-värde på 6 procent eller lägre.</p> <p>I måttet ingår patienter 70 år eller yngre.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal kostbehandlade patienter med diabetes, 70 år eller yngre inom primärvården med blodsockervärde <math>\leq</math> 6,0%.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal kostbehandlade patienter med diabetes, 70 år och yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.</p> <p>Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.</p>
<b>Datakälla</b>	Nationella diabetesregistret (NDR).
<b>Felkällor</b>	Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

### 58 **Högt systoliskt blodtryck**

---

<b>Mått</b>	Andel patienter med diabetes i primärvården med systoliskt blodtryck $<$ 140 mm Hg.
<b>Beskrivning</b>	<p>Definierat till ett blodtryck som är lägre än 140 mm Hg. I måttet ingår patienter 70 år eller yngre oavsett om de behandlats för högt blodtryck eller ej.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter med diabetes, 70 år eller yngre inom primärvården med systoliskt blodtryck <math>&lt;</math> 140 mm Hg.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter med diabetes 70 år eller yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.</p>

<b>Mätmetod</b>	Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.
<b>Datakälla</b>	Nationella diabetesregistret (NDR).
<b>Felkällor</b>	Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 59 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

---

<b>Mått</b>	Andel patienter med diabetes inom primärvården som når behandlingsmålet för LDL-kolesterol.
<b>Beskrivning</b>	Avser mätning av LDL-kolesterol i blodet. Behandlingsmålet är definierat till ett LDL-kolesterolvärde på 2.5 mmol/l eller lägre.  <i>Täljare:</i> Antal patienter med diabetes 70 år eller yngre inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för LDL-kolesterolvärdet. <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter med diabetes 70 år eller yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.
<b>Mätmetod</b>	Det nationella diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om diabetesvården både från medicinkliniker och primärvården. I diagrammet redovisas även deltagandegraden för respektive landsting.  Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.  Behandlingsmålen överensstämmer med Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för Diabetes.
<b>Datakälla</b>	Nationella diabetesregistret (NDR).
<b>Felkällor</b>	Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 60 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling

---

<b>Mått</b>	Andel läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlats med blodfettssänkande läkemedel.
<b>Beskrivning</b>	Läkemedelsbehandling av blodfettssänkningar är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning och bukfetma. Läkemedelsbehandlade diabetiker har hämtats från Läkemedelsregistret, definierat som att man någon gång under året hämtat ut minst ett recept på något diabetesläkemedel. Av dessa har andelen som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel studerats.  <i>Täljare:</i> Läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre som hämtat ut minst ett recept på blodfettssänkande läkemedel. <i>Nämnare:</i> Totalt antal läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre i läkemedelsregistret.
<b>Mätmetod</b>	Åldersstandardiserade värden redovisas d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens ålderstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med diabetespopulationen som standardpopulation.  Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesläkemedel	A10
Blodfettssänkande	C10

<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Läkemedelsregistret fångar enbart de diabetiker som är tablett- eller insulinbehandlade, utöver dessa finns diabetiker med enbart kostbehandling. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.



## 61 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn

---

<b>Mått</b>	Andel barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA1c).
<b>Beskrivning</b>	HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Behandlingsmålet är definierat till ett HbA1c-värde på 6,5 procent eller lägre. <i>Täljare:</i> Antal barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet. <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn och ungdomar med diabetes som rapporterats i diabetesregistret.
<b>Mätmetod</b>	Det nationella diabetesregistret samlar in uppgifter om diabetesvården från samtliga barndiabetesmottagningar i Sverige. Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.
<b>Datakälla</b>	Swediabkids, Nationella Diabetesregistret (NDR).
<b>Felkällor</b>	Fullständig täckningsgrad, eventuella skillnader i patientsammansättningen mellan olika landsting.

## 62 Insulinpump vid typ 1 – diabetes

---

<b>Mått</b>	Andel patienter med typ 1 diabetes på medicinkliniker som har insulin pump.
<b>Beskrivning</b>	Avser mätning av andel patienter med typ 1 diabetes på medicinkliniker som har insulin pump. <i>Täljare:</i> Antal patienter med typ 1 diabetes på medicinkliniker som har insulin pump. <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter med typ 1 diabetes på medicinkliniker som rapporterats i diabetesregistret.
<b>Mätmetod</b>	Det nationella diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om diabetesvården från medicinkliniker. I diagrammet redovisas även deltagandegraden för respektive landsting. Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe. Hur står andel av patienterna med typ 1 diabetes uppfyller kriterierna ovan och därmed eventuellt skulle bli hjälpta av behandling med insulinpump är inte klart. Därmed finns inget accepterat målvärde, men indikatorn redovisar en stor variation mellan landstingen, vilket borde mana till lokala analyser av behovet av denna behandling.
<b>Datakälla</b>	Nationella diabetesregistret (NDR).
<b>Felkällor</b>	Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 63 Metformin vid nedsatt njurfunktion

---

<b>Mått</b>	Andel patienter med diabetes som behandlas med metformin och har nedsatt njurfunktion.
<b>Beskrivning</b>	Avser mätning av andel patienter med diabetes som har nedsatt njurfunktion, definerat som GFR<60ml/min. I måttet ingår patienter över 80 år med metformin-behandling. <i>Täljare:</i> Antal patienter över 80 år med diabetes som har minst tre uttag av metformin-preparat under mätperioden och för vilka information om njurfunktion (kreatininclearance (eGFR) på 60 ml/min (enligt Cockcroft-Gault formeln)), finns före läkemedelsuttaget. <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter med diabetes över 80 år som behandlas med Metformin där information om njurfunktion föreligger i NDR som rapporterats i diabetesregistret.

<b>Mätmetod</b>	Det nationella diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om diabetesvården från medicinkliniker. I diagrammet redovisas även deltagandegraden för respektive landsting. Läkemedelsregistret är heltäckande. Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.
<b>Datakälla</b>	Nationella diabetesregistret (NDR) och Socialstyrelsens läkemedelsregister.
<b>Felkällor</b>	Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## HJÄRTSJUKVÅRD

### 64 Dödlighet efter hjärtinfarkt

<b>Mått</b>	Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.				
<b>Beskrivning</b>	Andelen av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar efter infarkten. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken akut hjärtinfarkt inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. I måttet ingår således även de som inte vårdats på sjukhus. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. <i>Täljare:</i> Antalet fall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0 till 27) efter hjärtinfarkt. <i>Nämnare:</i> Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.				
<b>Mätmetod</b>	Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>Diagnoskod – ICD-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hjärtinfarkt</td> <td>I21, I22</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	Diagnoskod – ICD-10	Hjärtinfarkt	I21, I22
Diagnos	Diagnoskod – ICD-10				
Hjärtinfarkt	I21, I22				
	Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.				
<b>Datakälla</b>	Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.				
<b>Felkällor</b>	Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.				

### 65 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

<b>Mått</b>	Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats på sjukhus.
<b>Beskrivning</b>	Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland samtliga fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården. <i>Täljare:</i> Antalet sjukhusvårdade fall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter hjärtinfarkt. <i>Nämnare:</i> Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under mätperioden.
<b>Mätmetod</b>	Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

**Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 66 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

**Mått** Andelen av patienter med förstagångsinfarkt som drabbas av ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar.

**Beskrivning** Måttet visar andelen av alla patienter utan registrerad infarkt under de sju föregående åren som får en ny infarkt inom 365 dagar. Endast personer som överlever den akuta perioden på 28 dagar har följts upp och endast nya infarkter eller död i ischemisk hjärtsjukdom efter denna period räknas med i utfallet. Andelen patienter med ny infarkt kan vara ett resultat av både vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder.

*Täljare:* Antal hjärtinfarktpatienter som får minst en ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak under perioden 28 dagar till 365 dagar bland samtliga fall av hjärtinfarkt enligt nämnares definition.

*Nämnare:* Samtliga fall av hjärtinfarkt där patienten överlevt 28 dagar efter infarkt och inte haft någon infarkt under de sju föregående åren.

**Mätmetod** Data har hämtats ur patientregistrets slutenvårdsdel samt ur dödsorsaksregistret.

Huvud- eller bidiagnos, underliggande eller bidragande dödsorsak	Diagnoskod – ICD-10
Akut hjärtinfarkt	I21, I22
<b>Underliggande dödsorsak</b>	
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

Fall av akut hjärtinfarkt har definierats på samma sätt som för hjärtinfarktstatistiken vid Socialstyrelsen. Detta innebär bland annat att alla inskrivningar inom en 28-dagarsperiod hänförs till samma infarkt (eller attack).

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i hjärtinfarktpatienternas åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med hjärtinfarktpopulationens åldersammansättning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslän vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslänstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

**Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av akut hjärtinfarkt kan förekomma.

## 67 Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt

**Mått** Andel patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt som reperfusionsterapi behandlades.

**Beskrivning** Reperfusionsterapi innebär kärlöppnande behandling och inkluderar primär PCI, trombolys samt akut öppen hjärtoperation, CABG. Ingår gör även angiografi syftande till PCI, men där PCI ej utförs. Dessa fall redovisas under PCI.

I målgruppen (nämnaren) ingår hjärtinfarktpatienter (diagnoskoderna I21, I22, I23) med ST-höjning eller vänstergrenblock på ankomst EKG. Fördröjningstiden mellan symtom

och första EKG < 12 timmar. Saknas fördröjningstid inkluderas patienten i underlaget/nämnamnaren.

Indikatorn och populationen är identisk med den som används i RIKS-HIAs kvalitetsindex; se vidare SWEDEHEARTS/RIKS-HIAs årsrapport.

*Täljare:* Antalet patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperfusionsterapi.

*Nämnamnare:* Samtliga patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock i RIKS-HIAs databas enligt målgruppsbeskrivning ovan.

**Mätmetod** Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter. Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting.

**Datakälla** Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDEHEART.

**Felkällor** Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent (avser 2008). För ST-höjningsinfarkt är täckningsgraden betydligt högre.

## 68 **Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor**

---

**Mått** Andel patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen.

**Beskrivning** I målgruppen (nämnamnaren) ingår patienter yngre än 80 år som sjukhusvårdats där ankomst EKG visade inte ST-höjning och patienter har annan riskfaktor. Utskrivningsdiagnoser I21, I22, I23. Ingår gör patienter som är levande utskrivna och har minst ett av följande: lungrassel grad 2–3 vid ankomst, ST-sänkning på ankomst EKG, vänsterkammarens ejektionsfraktion < 50%, diabetes, eller tidigare hjärtinfarkt.

Indikatorn och populationen är samma som den i RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus 2009.

*Täljare:* Antal patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med vårdtillfället.

*Nämnamnare:* Alla patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden.

**Mätmetod** Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter. Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting, inte klinikkens lokalisering.

**Datakälla** Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDEHEART.

**Felkällor** Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent av totala antalet hjärtinfarktpatienter.

## 69 **Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt**

---

**Mått** Andel sjukhusvårdade patienter med icke ST-höjningsinfarkt som behandlades med clopidogrel.

**Beskrivning** I målgruppen (nämnamnaren) ingår patienter (diagnoskoder I21, I22, I23) under 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som skrivs ut levande från sjukhus. Övriga kriterier är att patienten inte haft blödningskomplikation under vårdtillfället, inte har Waran vid utskrivning och inte har CABG/by-passoperation planerad.

Med clopidogrelbehandling avses Plavix, Ticlid eller övrig trombocythämmare (enbart eller ihop med ASA) vid utskrivning.

*Täljare:* Antalet sjukhusvårdade patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som behandlats med clopidogrel vid utskrivning, per landsting.

*Nämnare:* Samtliga patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden.

**Mätmetod** Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter. Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting.

**Datakälla** Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDE-HEART.

**Felkällor** Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent av totala antalet hjärtinfarktpatienter.

## 70 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

**Mått** Andel hjärtinfarktpatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader.

**Beskrivning** *Täljare:* Antal hjärtinfarktpatienter i åldern 40–79 år som hämtat ut blodfettssänkande medel (statiner) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.  
*Nämnare:* Samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt.

**Mätmetod** Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärtinfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under perioden och som överlevt 18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22.
Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10A, C10B

För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodfettssänkande medel (C10A, C10B) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.

**Datakälla** Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Felkällor** Bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel är mycket litet. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

## 71 Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvik

**Mått** Andel personer som avled eller återinskrivs inom 30 dagar efter hjärtsvikt.

**Beskrivning** Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning av hjärtsviktpatienter, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

**Mätmetod**

Huvuddiagnos	Diagnoskod – ICD-10
Hjärtsvikt	I50, I110, I420, I426

Sammanhängande vårdtillfällen har slagits samman till vårdepisoder före beräkningen. Endast fall av hjärtsvikt där patienten inte hade vårdats för hjärtsvikt under den föregående 365-dagarsperioden följs upp. Dödsdatum har inhämtats ur dödsorsaksregistret. I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i patienternas ålderstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med den aktuella sjukhusvårdade hjärtsviktspopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

**Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

## 72 Väntetid till kranskärlsoperation

---

**Mått** Medianväntetid mellan beslut om operation och utförd kranskärlsoperation.

**Beskrivning** Måttet avser tiden i antal dagar mellan tidpunkten för beslut om att operation skall utföras och tidpunkt för utförd operation. Måttet speglar processkvalitet vid vård och behandling på sjukhus genom att mäta tidsperiod mellan diagnostik och behandling.

Kranskärlskirurgi avser behandlingarna koronarkirurgi samt koronarkirurgi ej ECC, operationsgrupp 2 och 12 enligt Svenska Hjärtkirurgiregistrets/SWEDEHEARTS definition. Kombinationsingrepp, exempelvis klaff- och kranskärlskirurgi, ingår inte i måttet. Patienter i alla åldrar ingår.

**Mätmetod** Medianväntetid är den väntetid som patienterna "i mitten" fick vänta, om man listar alla opererade patienters väntetid från lägsta till högsta värde. Medianväntetiden är också den mest frekvent förekommande väntetiden.

I måttet redovisas hur länge patienter från respektive landsting fått vänta, oavsett var operationen utförs. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på patientens hemortslän.

Hjärtkirurgi utförs inte i alla landsting, men patienter från alla landsting remitteras till de centra som utför ingreppet.

**Datakälla** Svenska Hjärtkirurgiregistret, del i hjärtregistret SWEDEHEART.

**Felkällor** Täckningsgraden för denna variabel i registret är god, närmare 100 procent. För vissa landsting är antalet observationer för enskilda år lågt och kan medföra slumpmässig osäkerhet.

## 73 Väntat längre 90 dagar – besök inom kardiologi

---

Se indikator 21.

## 74 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

---

**Mått** Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt, DRG I12E och F.

**Beskrivning** Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

*Täljare:* Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen enligt DRG I12E och F.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen med DRG I12E och F.

**Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
I12E	PCI vid infarkt, utan komplikation
I12F	PCI vid infarkt, komplicerat

**Datakälla** KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## STROKESJUKVÅRD

### 75 Dödlighet efter förstagångsstroke

**Mått** Andelen som avled inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke.

**Beskrivning** 28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående stokediagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon stokediagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken stroke inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Både patienter som vårdats och inte vårdats på sjukhus ingår därmed.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

*Täljare:* Antalet förstagångsfall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

*Nämnare:* Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.

**Mätmetod** Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

**Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

### 76 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

**Mått** Andelen som avled inom 28 dagar efter stroke bland förstagångsfall som sjukhusvårdats.

**Beskrivning** 28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke som har vårdats på sjukhus. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående stokediagnos i Patientregistret. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett strokefall.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

*Täljare:* Antalet sjukhusvårdade förstagångsfall som avlider inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

*Nämnare:* Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall i stroke under perioden.

**Mätmetod** Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

**Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 77 Vård vid strokeenhet

---

**Mått** Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet.

**Beskrivning** Måttet visar andelen patienter som vårdats på strokeenhet av alla som vårdats i slutenvård och som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.

En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom stroke vård. För utförligare beskrivning se Nationella riktlinjer för strokevård.

*Täljare:* Antal patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet.

*Nämnare:* Samtliga patienter med stroke som registrerats i Riks-Stroke.

**Mätmetod** Patienter där uppgift om strokeenhet – annan vårdavdelning saknas är exkluderade ur nämnaren. Detta bortfall är mycket litet.

Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

**Datakälla** Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

**Felkällor** Varierande täckningsgrad i landstingen d.v.s. alla strokepatienter registreras inte i Riks-Stroke. En annan felkälla kan vara att enhet som inte uppfyller kriterierna felaktigt uppges vara strokeenhet.

## 78 Trombolysbehandling vid stroke

---

**Mått** Andel strokepatienter som gavs trombolysbehandling.

**Beskrivning** Måttet visar andelen av patienter med stroke som gavs trombolysbehandling, av de patienter som ingår i målgruppen för denna behandling. Ingår gör patienter med strokediagnos I63 (ischemisk stroke), ålder 18–80 och som var ADL-oberoende vid insjuknandet.

*Täljare:* Antal strokepatienter som trombolysbehandlats.

*Nämnare:* Samtliga strokepatienter som ingick i målgruppen för denna behandling.



<b>Mätmetod</b>	<p>Patienter där uppgift om trombolysbehandling eller ej saknas är exkluderade ur nämnaren.</p> <p>Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.</p> <p>Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort</p>
<b>Datakälla</b>	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.
<b>Felkällor</b>	Varierande täckningsgrad i landstingen d.v.s. alla strokepatienter registreras inte i Riks-Stroke.

## 79 **Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer**

<b>Mått</b>	Andel hjärtinfarktspatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader.
<b>Beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal hjärtinfarktspatienter i åldern 40–79 år som hämtat ut blodfettssänkande medel (statiner) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt.</p>
<b>Mätmetod</b>	Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärtinfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under perioden och som överlevt 18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22.
Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10A, C10B

För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodfettssänkande medel (C10A, C10B) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.

<b>Datakälla</b>	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	<p>Bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel är mycket litet. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreböende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre.</p> <p>Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.</p>

## 80 **Återinsjuknande efter stroke**

<b>Mått</b>	Andelen patienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar.
<b>Beskrivning</b>	<p>Andelen patienter som återinskrivs i slutenvård inom 365 dagar efter en sammanhängande vårdepisod med stroke som inledande huvuddiagnos. Endast förstagångsfall har följts upp. Dessa har skattats med krav på sju år utan föregående stroke-diagnos i Patientregistret.</p> <p>Som återinskrivning räknas vårdtillfällen med huvuddiagnos för stroke eller sena effekter av stroke. Återinskrivningarna räknas bara en gång, oavsett hur många gånger som den enskilda patienten återinskrivs under 365-dagarsperioden. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i de sekundärpreventiva insatserna efter stroke.</p>

*Täljare:* Antalet patienter under mätperioden med vårdtillfälle för förstagångsstroke som vid åtminstone ett tillfälle återinskrivs inom 365 dagar för stroke eller sena effekter av stroke som huvuddiagnos.

*Nämnare:* Antal skattade förstagångsvårdtillfällen med stroke som huvuddiagnos under mätperioden.

**Mätmetod** Andelen återinskrivningar efter stroke har åldersstandardiserats med alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation.

Huvuddiagnos	Diagnoskod – ICD-10
Stroke	I61, I63, I64
Sena effekter av stroke	I69

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 81 Funktionsförmåga efter stroke

---

**Mått** Andel strokepatienter som var ADL-oberoende tre månader efter akutfasen.

**Beskrivning** ADL står för aktiviteter i dagligt liv. ADL-oberoende innebär att patienten är oberoende av andras hjälp för förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning.

*Täljare:* Antal strokepatienter som var oberoende i samtliga ADL dimensioner tre månader efter akutfasen.

*Nämnare:* Samtliga strokepatienter registrerade i Riks-Stroke år som var vid liv efter tre månader och som före insjuknandet var ADL-oberoende.

**Mätmetod** Kvalitetsregister Riks-Stroke samlar in uppgifter om patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar samt även några ytterligare enheter.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

Uppgifterna baseras på samma data som är underlag för Riks-Stroke's egen rapportering. Justering har gjorts för patienternas ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhus. Vid redovisning av data på sjukhusnivå har justering även för kön gjorts. Justeringen innebär att påverkan på resultatet av skilda patientsammansättningar (avseende ålder, medvetandegrad, kön) har eliminerats. Dock kan resultatet påverkas av ytterligare faktorer, som landstinget eller sjukhuset inte kan påverka.

**Datakälla** Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

**Felkällor** En felkälla är att inte alla strokepatienter registreras i Riks-Stroke. Det finns också ett bortfall vid 3-månadersuppföljningen; d v s alla strokepatienter i registret deltar inte i uppföljningen.

Slutligen kan det även finnas ett visst bortfall i en enskild variabel i 3-månadersuppföljningen. Det finns även oklarheter i hur beroende/oberoende i de tre olika ADL-delarna tolkas. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan liksom anhörig eller vårdare ha olika förutsättningar för att besvara enkäten.

## 82 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

---

**Mått** Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården.

**Beskrivning** Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar.

*Täljare:* Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården tre månader efter akutfasen.

*Nämnare:* Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden.

<b>Mätmetod</b>	Patienter som deltog i uppföljningen men som inte avgav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan.  Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.
<b>Datakälla</b>	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.
<b>Felkällor</b>	Täckningsgraden (andelen strokefall som rapporteras till registret) för registret varierar mellan landstingen. Svarsfrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 90 procent för riket som helhet. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan liksom anhörig eller vårdare ha olika förutsättningar att besvara enkäten.

## NJURSJKVÅRD

### 83 Femårsöverlevnad i aktiv uremivård

---

<b>Mått</b>	Femårsöverlevnad av patienter i aktiv uremivård.
<b>Beskrivning</b>	Måttet visar femårsöverlevnad för all aktiv uremivård (dialys eller njurtransplantation).
<b>Mätmetod</b>	Kaplan-Meierstatistik med död som "end-point".  För att få rimlig stabilitet i resultaten redovisas data ackumulerade under de senaste tio åren (1999–2008).  Eftersom analysen görs på den patientpopulation som överlevt mer än 90 dagar undviks problemet med ofullständig eller varierande rapportering av patienter som startat akut i behandling och/eller avlidit under de första tre månaderna.  Risken att avlida är flerfaldigt högre inom den patientgrupp som behandlas med dialys. Verksamheter som lyckas få många av sina patienter transplanterade så snart som möjligt förbättrar därmed sitt resultat. Detta är skälet till att överlevnaden i båda behandlingsformerna redovisas sammantaget.
<b>Datakälla</b>	Svenskt Njurregister.
<b>Felkällor</b>	Resultaten är inte justerade för olikheter i patientsammansättningen och de olika landstingen är därmed inte direkt jämförbara.

### 84 Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.
<b>Beskrivning</b>	Måttet baseras på den årliga tvärsnittsundersökning hösten 2008. Ingående variabler är urea före och efter dialys, vikt före och efter dialys, dialysduration och antal dialyser per vecka. Standardiserat Kt/V är ett indexmått på effektiviteten i en enskild dialys. Målet anses uppfyllt vid värden över 2. Hela patientpopulationen i kronisk hemodialysbehandling vid tillfället för tvärsnittsundersökningen ingår i materialet.
<b>Mätmetod</b>	Det använda måttet på dialysdosering, standardiserat Kt/V, bygger på Kt/V, det vedertagna måttet på dialysdos för en enskild dialys, och kompenserar därutöver för antal dialyser per vecka. Eftersom alltfler patienter behandlas med mer individuellt anpassade dialysscheman måste bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen, snarare än en enskild dialys.  Måttet är i sig standardiserat till patientens kroppsstorlek. Patienten registreras på den dialysenhet där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik.
<b>Datakälla</b>	Svenskt Njurregister.

**Felkällor** Eventuella skillnader i patientsammansättning, men är osannolikt att det kan förklara den stora variation som påvisas i resultaten.

## 85 Kärlaccess vid dialys

---

**Mått** Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft.

**Beskrivning** Den bästa formen av tillgång (access) till blodbanan vid bloddialys är AV-fistel (arteriovenös fistel), anlagd med hjälp av patientens egna kärl. AV-graft (med syntetiskt kärlmaterial) har inneboende problem, främst återkommande benägenhet för tilltäppning och upphävd funktion, men även en något ökad infektionsrisk. Övervakning och olika interventioner kan dock motverka dessa nackdelar. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter (CDK), som har påtagliga nackdelar i form av kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden, och därmed försämrad dialyseffektivitet.

Aktuell access vid tillfället för den årliga tvärsnittundersökningen hösten 2008. Samtliga deltagande patienter ingår.

**Mätmetod** Patienten registreras på den klinik där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik.

**Datakälla** Svenskt Njurregister.

**Felkällor** Eventuella skillnader i patientsammansättning mellan olika landsting.

## 86 Njurtransplanterade och patienter i aktiv uremivård

---

**Mått** Antalet transplanterade och patienter i aktiv uremivård per 100 000 invånare.

**Beskrivning** Måttet redovisar antalet transplanterade och patienter i aktiv uremivård per 100 000 invånare uppdelat efter landsting. Aktiv uremivård är det samlade begreppet för vård av patienter i dialys och efter njurtransplantation.

**Mätmetod** I måttet ingår transplanterade och patienter i aktiv uremivård där patienten registreras på den klinik där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik. Njurtransplantationer utförs i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala. Såväl utredning inför transplantation (även av levande njurdonator) som uppföljning efter operation är i hög grad decentraliserad till samtliga landsting.

**Datakälla** Svenskt Njurregister.

**Felkällor** Siffrorna är inte justerade, vare sig för olikheter i patientsammansättningen eller för olikheter i bakgrundspopulationen. Skillnaderna mellan landstingen måste tolkas med beaktande av detta. Dessa uppgifter bör i första hand ge incitament till de olika sjukvårdshuvudmännen att se över sin organisation, så att så många njursjuka patienter som möjligt kan erbjudas transplantation.

## 87 Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation

---

**Mått** Kostnad per vårdtillfälle för njurtransplantation, DRG 302.

**Beskrivning** Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 302  
*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen för DRG 302.

**Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimmingen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
302	Njurtransplantation

Åtgärd	Åtgärdstext
KAS10	Homolog njurtransplantation, nekronjüre
KAS20	Homolog njurtransplantation, levande donator

**Datakälla** KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## CANCERSJUKVÅRD

### 88 Överlevnad vid tjocktarmscancer

**Mått** Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer.

**Beskrivning** Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första tjocktarmscancerdiagnos under perioden 2001–2007.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.

**Mätmetod** Uppgifterna om antalet patienter med tjocktarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C18–C19 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig år, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.

**Datakälla** Cancerregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

### 89 Överlevnad vid ändtarmscancer

**Mått** Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer.

**Beskrivning** Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första ändtarmscancerdiagnos under perioden 2001–2007.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.

<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna om antalet patienter med ändtarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C20–C21 enligt ICD-10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Mättet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.</p> <p>Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.</p>
<b>Datakälla</b>	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>

## 90 Överlevnad vid bröstcancer

---

<b>Mått</b>	Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 0–89 år som fick sin första bröstcancerdiagnos under perioden 2001–2007.</p> <p>Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna om antalet kvinnor med bröstcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C50 enligt ICD-10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Mättet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.</p>
<b>Datakälla</b>	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

## 91 Överlevnad vid lungcancer

---

<b>Mått</b>	Relativ ettårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer.
-------------	--

<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet visar den relativa ettårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första lungcancerdiagnos under perioden 2002–2008.</p> <p>Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2008.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna om antalet patienter med lungcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C34 enligt ICD-10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med de huvudsakliga faktorerna som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ ettårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter ett år om lungcancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst ett år.</p>
<b>Datakälla</b>	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>

## 92 Reoperation vid ändtarmscancer

---

<b>Mått</b>	Andelen reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.
<b>Beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal omoperationer som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer som rapporterats i registret.</p> <p>Med primäroperation avses den första operationen under perioden. Med operationer avses främre resektion, abdominoperineal rektumamputation eller Hartmann.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna har i denna redovisning inte korrigerats för patientmix.</p> <p>Både datainsamling till kvalitetsregister och rapportering av data sker i onkologiska centras regi och kvalitetsregistret når en hög täckningsgrad.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på sjukhus där patienten behandlats och inte på patientens hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Svenska Rektalcancerregistret
<b>Felkällor</b>	Utöver reella skillnader i antal omoperationer kan variationer mellan landstingen även bero på skillnader i registreringen av reoperationer.

## 93 Kurativ behandling vid prostatacancer

---

<b>Mått</b>	Andel patienter under 75 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling.
<b>Beskrivning</b>	Måttet anger den andel av männen med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling med vilken menas kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålbehandling.

Antal patienter med prostatacancer T1–2, Nx/N0, Mx/M0 med Gleasonsumma 7–10 eller PSA 10–50 µg/l som får kurativt syftande primärbehandling, genom totalt antal patienter i denna grupp. Dvs patienter med lokaliserad tumör som är medelhögt eller lågt differentierad som inte har tecken till spridning av cancer utanför prostata.

*Täljare:* Antal män under 75 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling.

*Nämnare:* Totala antalet män under 75 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer, som registrerats i Prostatacancerregistret.

Mätmetod	Uppgifterna samlas in av det Nationella Prostatacancerregistret. Registret har en hög täckningsgrad. Den geografiska fördelningen baseras på klinikernas lokalisering inte patientens hemort.
Datakälla	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering.

## 94 Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör

---

Mått	Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsbeslut för patienter med ÖNH-tumör.
Beskrivning	Med ÖNH-tumör avses elakartad tumör i öron, näsa eller hals. Måttet belyser genomsnittstiden i dagar från det att remiss ankommer till dess att behandlingstyp är bestämd.
Mätmetod	Landstingsredovisningen baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.
Datakälla	Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering

## PSYKIATRISK VÅRD

### 95 Självmord i befolkningen

---

Mått	Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare.						
Beskrivning	I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt. Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för perioden, per landsting.						
Mätmetod	<table border="1"><thead><tr><th>Dödsorsak</th><th>Diagnoskod – ICD-10</th></tr></thead><tbody><tr><td>Självmord</td><td>X60–X84</td></tr><tr><td>Oklar avsikt</td><td>Y10–Y34</td></tr></tbody></table> <p>Ålderstandardisering har gjorts med rikets befolkning år 2000 befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p>	Dödsorsak	Diagnoskod – ICD-10	Självmord	X60–X84	Oklar avsikt	Y10–Y34
Dödsorsak	Diagnoskod – ICD-10						
Självmord	X60–X84						
Oklar avsikt	Y10–Y34						
Datakälla	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen						
Felkällor	Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.						

### 96 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

---

Mått	Antal personer 20–79 år med regelbunden och hög användning av sömn-/lugnande medel, per 100 000 invånare.
Beskrivning	Bensodiazepiner är accepterade standardmedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De har även i varierande omfattning kommit att användas vid behandling av lindrigare former av oro och ångest. En överdriven förskrivning kan leda till biverkningar och ökad risk för missbruk och beroende.



I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 100 000 invånare.

Regelbundna användare:

*Täljare:* Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 0,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

*Nämnare:* Antal personer 20–79 år i befolkningen.

Högekonsumenter:

*Täljare:* Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 1,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

*Nämnare:* Antal personer 20–79 år i befolkningen.

**Mätmetod** Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Bensodiazepinderivat, lugnande	N05BA
Bensodiazepinderivat, sömnmedel	N05CD
Bensodiazepinbesläktade medel	N05CF

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 97 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

**Mått** Andelen 80 år och äldre som använder tre eller fler psykofarmaka samtidigt.

**Beskrivning** I måttet redovisas samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt tre eller flera psykofarmaka.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

**Mätmetod** En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 98 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

**Mått** Andelen 80 år och äldre som är sömnmedelsanvändare, som använder sömnmedlet zopiklon.

**Beskrivning** I måttet redovisas användning av zopiklon som andel av all användning av sömnmedel, regelbundet eller vid behov.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas använda sömnmedlet zopiklon.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över som beräknas använda sömnmedel i någon form.

**Mätmetod** En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård. Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 99 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

**Mått** Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som tidigare vårdats inom psykiatri.

**Beskrivning** Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatri.

*Täljare:* Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatri.

*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatri.

För befolkningen:

*Täljare:* Samtliga personer med undvikbara slutenvårdstillfällen i åldersgruppen 20–59 år.

*Nämnare:* Sveriges medelbefolkning 20–59 år.

Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedöms belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

**Mätmetod**

Huvuddiagnos	ICD-10
Psykiatrisk sjukdom	F00–F99 (exkl. F00–F03)

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	ICD-10
<i>Kroniska tillstånd</i>	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,

Diabetes	E101–E108 (huvud- eller bidiagnos) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
<i>Akuta tillstånd</i>	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampanfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

## 100 Återskrivning efter 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni

**Mått** Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

**Beskrivning** Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

*Täljare:* Antal patienter som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

**Mätmetod** Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	ICD-10
Schizofreni	F20–F29

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

## 101 Återskrivning efter 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni

**Mått** Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.

**Beskrivning** Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

*Täljare:* Antal patienter som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.

*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

**Mätmetod** Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	ICD-10
Schizofreni	F20–F29

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

## 102 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

---

**Mått** Antal personer med regelbunden litiumbehandling.

**Beskrivning** Litiumbehandling är högprioriterat vid behandling av bipolär sjukdom i den preliminära versionen av nationella riktlinjer för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller manodepressivitet.

*Täljare:* Antal personer med fortsatt regelbunden litiumbehandling under nuvarande mätperiod.

*Nämnare:* Antal personer 18 år och äldre med regelbunden litiumbehandling under föregående mätperiod.

Med regelbunden medicineringsmenas uttag av litium under månad 1–4 samt under månad 9–12 under mätperioden.

**Mätmetod** Åldersstandardiserat med patienter som hämtat ut litium som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Litium	N05AN01

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutna vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 103 Väntat högst 30 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri

---

**Mått** Andelen av det totala antalet väntande som väntat 0–30 dagar på ett besök hos Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning.

**Beskrivning** Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter med ett beslut om vård som har väntat 30 dagar eller kortare på ett förstabesök inom barn och ungdomspsykiatri, vid det aktuella mättillfället. Avser även besök hos annan vårdgivarkategori än läkare.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid ingår i totalt antal väntande.

<b>Mätmetod</b>	Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.  Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vård-administrativa system.  Databasens vårdutbud täcker nästan alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.
<b>Datakälla</b>	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera Eventuellt avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

## 104 Väntat längre än 90 dagar – besök vuxenpsykiatri

---

Se indikator 21.

## 105 Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som återfallit i brott under pågående rättspsykiatrisk vård.
<b>Beskrivning</b>	Vårdens huvudsyfte är att förhindra återfall i brott. Indikatoren är ett resultatmått, mätt under pågående vård och visar om den dömda någon gång under vårdtiden återfallit i brott. Med återfall i brott avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger. Uppgifterna som registreras är återfall i våldsbrott uppdelat på om det är riktat mot personal eller ej samt återfall i annan brottslighet.  <i>Täljare:</i> Antal patienter som har återfallit i brott under pågående rättspsykiatrisk vård <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård.
<b>Mätmetod</b>	För varje patient registreras kända uppgifter.
<b>Datakälla</b>	RättspsyK – Nationellt register för rättspsykiatrisk vård.
<b>Felkällor</b>	Möjliga felkällor är att det kan förekomma fler återfall i brott än vården känner till. Vidare kan det mellan olika vårdinrättningar finnas olika tolerans för vad som accepteras under vårdtiden, exempelvis var gränsen för olaga hot dras.

## KIRURGISK BEHANDLING

### 106 Omoperation vid ljumskbräck

---

<b>Mått</b>	Andel opererade ljumskbräck som ej blivit omopererade i under 5 år.
<b>Beskrivning</b>	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter.
<b>Mätmetod</b>	Varje opererat bräck som är noterat i bräckregistret följs, från tiden för bräckoperationen framåt i tiden, tills en ny bräckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs.  Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemortslän.
<b>Datakälla</b>	Svenskt Bräckregister.
<b>Felkällor</b>	Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bräck som är mer tekniskt krävande.

## 107 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck

---

**Mått** Andel operationer av ljumskbräck utförda i dagkirurgi.

**Beskrivning** Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av ljumskbräck.

*Täljare:* Antal operationer av ljumskbräck utförda i dagkirurgi.

*Nämnare:* Totala antalet utförda operationer av ljumskbräck d.v.s. även operationer utförda inom slutenvården.

**Mätmetod** Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod – ICD-10	Åtgärdskod
Ljumskbräck	K40.2, K40.9	JAB

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

**Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

## 108 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

---

**Mått** Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa.

**Beskrivning** Måttet är ett processmått och visar andelen patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid kolecystektomi, borttagande av gallblåsa. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt eftersom det leder till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Miniinvasivt ingrepp är oftast laparoskopi, men kan även vara så kallad minigalla, operation med ett mindre öppet snitt.

Kolecystektomier som utförs sekundärt till andra större ingrepp t.ex. lever- eller pancreaskirurgi, ingår ej.

*Täljare:* Antal patienter som opereras med laparoskopisk teknik eller "minigalla" vid borttagande av gallblåsa.

*Nämnare:* Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

**Mätmetod** Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

**Datakälla** GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

**Felkällor** Registrets täckningsgrad varierar mellan landstingen, framförallt för tidigare delen av mätperioden. 2008 var antalet rapporterade enheter 70, med en bedömd täckningsgrad på 85 procent.

En stickprovskontroll av 1 168 journaler som jämförts med registerdata visar rätt registrering av operationsmetod i 99,5 % av fallen. På landstingsnivå/regionnivå är risken för olika casemix begränsad och täckningsgraden hög. Resultaten kan därför på denna nivå betraktas som mycket tillförlitliga.

## 109 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

---

**Mått** Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa.

**Beskrivning** Måttet är ett resultatmått och anger andelen patienter som inom 30 dagar får kirurgisk komplikation efter planerad operation där gallblåsan tas bort (kolecystektomi). Komplikation är till exempel blödning, djup infektion, galläckage, perforerad tarm eller gallvägsskada. Både akuta och elektiva operationer ingår.

*Täljare:* Antal patienter som fick en eller flera kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter operationen.

*Nämnare:* Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

**Mätmetod** Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

**Datakälla** GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

**Felkällor** Registrets täckningsgrad varierar mellan landstingen, framförallt för tidigare delen av mätperioden. 2008 var antalet rapporterade enheter 70, med en bedömd täckningsgrad på 85 procent.

Journalgranskning vid ett urval kliniker har visat att underrapportering av komplikationer är en felkälla.

## 110 Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation

---

**Mått** Kostnad per DRG-poäng för gallkirurgi,olecystektomi. Åtgärds-koder: JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

**Beskrivning** Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. De DRG-vikter som använts är efterkalkylerade (retrospektiva) och grupperingen har gjorts med NordDRG, Classic.

*Täljare:* Totalkostnaden för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

*Nämnare:* Totala antalet DRG-poäng för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

**Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

**Datakälla** KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

**Felkällor** Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 111 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

---

**Mått** Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern.

**Beskrivning** Indikatoren är ett processmått för främst strokeförebyggande sjukvård inom kärlkirurgi och visar hur stor andel av patienterna med symptomgivande förträngning av halspulsådern som opereras inom 14 dagar från symptomdebut.

Vid förträngning av halspulsådern är det viktigt att operation sker snarast efter symptomdebut och diagnos. Den gynnsamma effekten av operationen minskar snabbt, ju längre tid det går.

*Täljare:* Antal patienter som opererats för halspulsåderförträngning inom 14 dagar efter symptomdebut.

*Nämnare:* Alla patienter som opererats för symptomgivande halspulsåderförträngning.

**Mätmetod** Tidpunkt för symptom (som regel TIA) och för operation registreras löpande i kvalitetsregistret.

**Datakälla** Swedvasc – Svenska Kärlregistret.

**Felkällor** Täckningsgraden är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc. Handläggningstider är angivna i samtliga registrerade fall.

## 112 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

---

<b>Mått</b>	Andel döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet är ett resultatmått och visar andelen patienter som avled eller fick amputeras ovan fotled 30 dagar efter infrainguinala ingrepp för kronisk kritisk ischemi i nedre extremitet (ben). Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet patienter som är döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operationen.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter som genomgått infrainguinal operation vid kritisk ischemi i nedre extremitet.</p>
<b>Mätmetod</b>	Operation och uppföljningsresultat efter 30 dagar registreras i kvalitetsregistret.
<b>Datakälla</b>	Swedvasc – Svenska Kärregistret.
<b>Felkällor</b>	Resultatet kan påverkas av patientkaraktistika, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

## 113 Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben

---

<b>Mått</b>	Kostnad per vårdtillfälle för infrainguinal rekonstruktion/bypass. Åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.</p> <p><i>Täljare:</i> Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen med åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.</p>
<b>Mätmetod</b>	Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.
<b>Datakälla</b>	KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.
<b>Felkällor</b>	Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 114 Patientrapporterat resultat av septumplastik

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.</p> <p>Septumplastik med eller utan samtidig conchotomi ingår. Samtliga patienter som opereras med septumplastik på grund av besvärlig nästäppa och som följs upp efter operation under den aktuella mätperioden ingår.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter som svarade att de är helt eller ganska nöjda med resultatet av operationen.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter som opererats med septumplastik på grund av nästäppa.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät och frågar patienterna hur de själva bedömer resultatet.</p> <p>44 kliniker av cirka 47 möjliga redovisar resultat. Täckningsgraden för detta delregister inom ÖNH-registret bedöms vara cirka 90 procent.</p>



	Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.
<b>Datakälla</b>	Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård.
<b>Felkällor</b>	Varierande täckningsgrad i olika landsting.

## 115 **Synfel vid kataraktoperation**

---

<b>Mått</b>	Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation.
<b>Beskrivning</b>	Måttet visar hur stor andel av patienterna som vid tidpunkten för operation hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier. Måttet visar hur stor synförsämring man i de olika landstingen har för att komma ifråga för operation och är därmed ett mått på tillgänglighet till denna operation. <i>Täljare:</i> Antal kataraktpatienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier på det bästa ögat vid tidpunkten för operation. <i>Nämnamnare:</i> Samtliga kataraktopererade patienter som registrerats i kataraktregistret under den aktuella mätperioden.
<b>Mätmetod</b>	Uppgiften om synfelets grad registreras i kataraktregistret. Drygt 70 000 kataraktoperationer per år registreras i kataraktregistret, vilket motsvarar i det närmaste samtliga operationer som utförs i Sverige.  Den geografiska fördelningen på landsting baseras på patientens hemort.
<b>Datakälla</b>	Nationella Kataraktregistret.
<b>Felkällor</b>	Det grundläggande datamaterialet bedöms vara av god kvalitet.

## 116 **Väntat längre än 90 dagar – besök inom allmän kirurgi**

---

Se indikator 21.

## 117 **Väntat längre än 90 dagar – operation av ljumskbråck**

---

Se indikator 22.

## 118 **Väntat längre än 90 dagar – operation av gallblåsa**

---

Se indikator 22.

## 119 **Väntat längre än 90 dagar – operation av grå starr**

---

Se indikator 22.

## **INTENSIVVÅRD**

### 120 **Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA**

---

<b>Mått</b>	Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen.
<b>Beskrivning</b>	Dödligheten har beräknats genom Standardiserad Mortalitäts Ratio (SMR). Med SMR avses kvoten mellan den observerade mortaliteten $\leq 30$ dagar efter ankomsten till intensivvårdsavdelning (IVA) och den förväntade riskjusterade mortaliteten.  Observerad mortalitet = Antal avlidna $\leq 30$ dagar från vårdtillfällets start på IVA. Förväntad mortalitet = antal förväntade dödsfall enligt Svensk APACHE. Beräknas som summan av dödsrisken för alla intensivvårdspatienter med komplett riskjustering.
<b>Mätmetod</b>	För varje vårdtillfälle fångas faktisk mortalitet via Statens Person och Adressregister (SPAR).

Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. Denna förväntan baseras i SAPS3 modellen på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002 (i APACHE modellen baseras förväntan på studiet av amerikanska patienter under 1980-talet). Förväntan jämförs sedan med den observerade sjukhus dödligheten. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitets rat (SMR).

$SMR = \text{observerad dödlighet} / \text{förväntad dödlighet}$ .  $SMR = 1$  när den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten,  $SMR > 1$  när den observerade dödligheten är högre än förväntan och  $SMR < 1$  när den observerade dödligheten är lägre än förväntan.

Svensk intensivvård håller för närvarande på att övergå från den äldre för svenska förhållanden modifierade APACHE modellen till SAPS3 modellen. Vi redovisar SMR baserat på Svensk APACHE endast när SAPS3 saknas.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

**Datakälla** Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

**Felkällor** Ett stort antal faktorer påverkar SMR. Förekomsten av t.ex. avstå/avbryta behandling inom intensivvården påverkar SMR genom att andelen döda ökar. Modellen för riskjustering är också av stor betydelse.

Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR. För riket som helhet var bortfallet under kalenderåret 2008 drygt 16 %. För 5 landsting saknas data helt. Bortfallet under 2008 per IVA varierade från 0 till 56 %.

## 121 Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning

---

**Mått** Andel (%) patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid.

**Beskrivning** Måttet beskriver andelen (%) patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid.

*Täljare:* Antal patienter med utskrivning levande från IVA till vårdavdelning mellan kl. 22:00–06:59.

*Nämnamre:* Totala antalet patienter med utskrivning levande från IVA till vårdavdelning.

**Avgränsningar:**

1. Patienter utskrivna till annan IVA exkluderas.
2. Endast vårdtyp IVA – vårdtyp Barnintensivvård och Thoraxintensivvård exkluderas.

**Mätmetod** I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data.

I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data. Uppgifterna inhämtas från respektive IVA-enhets egen databas.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

**Datakälla** Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

**Felkällor** Ej redovisad behandlingsstrategi utgör en felkälla. Speciellt gäller det om andelen av åtgärderna "Avstå / avbryta behandling" är hög för de patienter som skrivs ut nattetid från IVA.

Kunskapen om detta är bristfällig eftersom en dryg tredjedel av SIR medlemmarna inte skickar data beträffande aktuell behandlingsstrategi för vårdtillfället.

För kalenderåret 2008 kunde 6 landsting (Blekinge, Gotland, Kronoberg, Uppsala, Värmland och Norrbotten) inte skicka denna typ av patientadministrativa data.

## 122 Oplanerade återinskrivning till intensivvårdsavdelning

---

<b>Mått</b>	Andel patienter som oplanerat återinskrivits på samma intensivvårdavdelning inom 72 timmar.
<b>Beskrivning</b>	<p>Måttet beskriver antalet patienter som under mätperioden lagts in på IVA och sen inom 72 timmar, med samma diagnos lagts in igen på samma IVA.</p> <p>Täljare: Antal intensivvårdstillfällen där patienten oplanerat skrivits in 72 timmar eller kortare tid efter första inläggning på samma IVA.</p> <p>Nämnare: Antalet förstagångs intensivvårdstillfällen under 2008, gällande patienter utskrivna levande.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data. Återinläggningar identifieras kontinuerligt i den centrala databasen. Uppgifterna inhämtas från respektive IVA-enhets egen databas.</p> <p>Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).
<b>Felkällor</b>	<p>Om intensivvårdsavdelningens patientadministrativa stödsystem ej kan hantera ett sammanhängande intensivvårdstillfälle vid klinikbyte eller avdelningsbyte inom samma klinik, så fås falskt högt värde. Vid varje sådant byte, som sker under vårdtiden på IVA, skapas ett nytt vårdtillfälle av systemet. Detta leder till att antalet vårdtillfällen på IVA blir felaktigt och att antalet återinläggningar blir falskt höga.</p> <p>För kalenderåret 2008 kunde 4 landsting (Blekinge, Kronoberg, Uppsala och Norrbotten) inte skicka denna typ av patientadministrativa data.</p>

## LÄKEMEDELSBEHANDLING

### 123 Läkemedelsinteraktion bland äldre

---

<b>Mått</b>	Andelen 80 år och äldre som använder läkemedel med risk för D-interaktioner.
<b>Beskrivning</b>	<p>Med läkemedelsinteraktion menas kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras effekter. D-interaktioner utgör tillsammans med C-interaktioner de kliniskt relevanta läkemedels-interaktionerna varav D-interaktioner är den mest allvarliga. D-interaktioner kan, enligt FASS, leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering.</p> <p><i>Täljare:</i> Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.</p> <p>Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.</p> <p>Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast

information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 124 Tio eller fler läkemedel bland äldre

---

<b>Mått</b>	Andelen 80 år och äldre som använder 10 eller fler läkemedel samtidigt.
<b>Beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt 10 eller fler läkemedel. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.
<b>Mätmetod</b>	En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.  Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.  Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 125 Förekomst av antibiotikabehandling

---

<b>Mått</b>	Andel antibiotikabehandlade i befolkningen.
<b>Beskrivning</b>	Mått beskriver antalet personer som hämtat ut antibiotika i förhållande till hela befolkningen. <i>Täljare:</i> Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under året. <i>Nämnare:</i> Befolkningen.  Som extrainformation anges hur stor andel av det först förskrivna receptet under perioden som var penicillin V. <i>Täljare:</i> Antal personer där första recept var på penicillin V. <i>Nämnare:</i> Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under året.
<b>Mätmetod</b>	Åldersstandardiserat med befolkningen år 2000 som standardpopulation.  Den geografiska fördelningen har gjorts på personens hemort.  Utgifterna baseras på antibiotika som hämtas ut på apoteket, ATC-kod antibiotika; (J01) respektive penicillin V; ATC-kod J01CE02.
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 126 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

---

<b>Mått</b>	Andel barn 0–6 år som behandlats med penicillin V av alla som behandlats med luftvägsantibiotika.
<b>Beskrivning</b>	<p>Överdriven användning av bredspektrumantibiotika bidrar till att öka antibiotika-resistensen. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är Penicillin V förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Det är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Måttet avser att mäta andel barn som fått penicillin V som förstahandspreparat vid förskrivning av luftvägsantibiotika.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal barn 0–6 år som vid första uttag under året hämtat ut recept på penicillin V.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal barn 0–6 år som hämtat ut något recept på penicillin V, makrolider, cefalosporiner, eller amoxicillin under året.</p> <p>Tilläggsinformation i kolumnen höger om diagrammet i rapporten: Andel barn i befolkningen som hämtat ut något luftvägsantibiotika.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal barn som behandlats med luftvägsantibiotika.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal barn i befolkningen.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Uppgifterna i täljaren, penicillin V, har i Läkemedelsregistret definierats med ATC-kod: J01CE02.</p> <p>Luftvägsantibiotika har definierats som penicillin V, makrolider, cefalosporiner, amoxicillin. ATC-koder: J01CA04, J01CR02, J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10, J01DB01, J01DB05, J01DC02, J01DC08, J01DD14.</p> <p>Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardpopulation.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på barnens hemort.</p>
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret, Socialstyrelse.
<b>Felkällor</b>	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 127 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

---

<b>Mått</b>	Andel kvinnor 18–64 år behandlade med kinoloner vid nedre urinvägsinfektion.
<b>Beskrivning</b>	<p>Kinoloner är bredspektrumantibiotika och innefattar ciprofloxacin och norfloxacin. Kinoloner är ett bredspektrumantibiotika som i huvudsak bör förbehållas allvarliga infektioner. Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens (strama) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har som mål att andelen kinoloner vid förskrivning mot okomplicerad urinvägsinfektion ska vara högst 10 procent. Måttet avser att belysa följsamheten till dessa rekommendationer.</p> <p>I måttet ingår kvinnor 18–64 år som någon gång under året hämtat ut ett recept på något av de ingående preparaten. Gäller endast förstagångsuttag.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal kvinnor 18–64 år som under året hämtat ut recept på kinoloner.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal kvinnor som hämtat ut recept på urinvägsantibiotikum; ciprofloxacin, norfloxacin, pivmecillinam, trimetoprim, nitrofurantoin.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.</p>

Läkemedel	ATC-kod
Ciprofloxacin	J01MA02
Norfloxacin	J01MA06
Pivmecillinam	J01CA08
Trimetoprim	J01EA01
Nitrofurantoin	J01XE01

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak. För framförallt kinoloner kan det finnas andra orsaker till förskrivning än nedre urinvägsinfektion, därigenom kommer kinolonernas andel att överskattas.

## 128 Kombinationspreparat vid astma

**Mått** Andel nya användare av astmakombinationspreparat som tidigare inte förskrivits astmaläkemedel.

**Beskrivning** Läkemedelsverkets behandlingstrappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast skall användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprövning var för sig.

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av astmakombinationspreparat tidigare fått behandling med astmaläkemedel, som ett mått på följsamhet till behandlingsrekommendationer.

*Täljare:* Antal personer nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på något astmaläkemedel.

*Nämnamn:* Antal personer 25–44 år nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på astmakombinationspreparat.

**Mätmetod** Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Astmaläkemedel	R03
Astmakombinationspreparat	R03AK06, R03AK07

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 129 ARB vid blodtryckssänkande behandling

**Mått** Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare.

**Beskrivning** Samtliga ARB-läkemedel får begränsad subvention och de ska bara subventioneras för patienter som provat men inte kan använda ACE-hämmare eller som tillägg till ACE-hämmare. Detta är nya direktiv som gäller från och med 1 sept 2008 enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av ARB tidigare fått behandling med ACE-hämmare, som ett mått på följsamhet till behandlingsrekommendationer.

*Täljare:* Antal personer nyinsatta på ARB som ej tidigare sedan 24 månader stått på ARB eller ACE-hämmare.

*Nämnare:* Antal personer 30–79 år nyinsatta på ARB som ej tidigare sedan 24 månader stått på ARB.

**Mätmetod** Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
ARB	C09C, C09D
ACE	C09A, C09B

**Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## ANNAN VÅRD

### 130 God viruskontroll vid HIV

**Mått** Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling.

**Beskrivning** Måttet är ett processmått för vården av HIV-smittade och anger hur stor andel av alla med antiviral behandling som når målet för god viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml. Hämmning av virusförökning är ett centralt mål i HIV-behandling. God viruskontroll motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Virusmåttet är direkt relaterat till patientens överlevnad.

*Täljare:* Antal HIV-patienter med antiviralbehandling riktad mot HIV med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml).

*Nämnare:* Samtliga HIV-patienter med antiviral behandling riktad mot HIV.

**Mätmetod** Kliniska data och laboratoriedata inrapporteras kontinuerligt i InfCare HIV av patientens ordinarie vårdgivare i direkt anslutning till vårdtillfälle.

Varje kliniks resultatmått och demografi visas i realtid på den egna kliniken. Nationell avläsning sker 1 gång per år. Patientens senaste mätvärde under mätperioden redovisas.

Ingen avgränsning sker av den behandlade populationen. Alla patienter inkluderas och ingen standardisering sker därmed.

Patienten registreras på den klinik där han/hon vid den givna tidpunkten är registrerad vid, oavsett tidigare eventuell annan kliniktilhörighet och oavsett bostadsort.

Täckningsgraden är över 99 procent.

**Datakälla** Kvalitetsregistret InfCareHIV.

### 131 Smärtskattning i livets slutskede

**Mått** Andel cancerpatienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med VAS/NRS.

**Beskrivning** Måttet är ett processmått och visar andelen cancerpatienter som under den sista levnadsveckan vid minst ett tillfälle skattade sin smärta med instrumentet VAS/NRS.

För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. Patientens smärtupplevelse kan förmedlas utan formella skattningsinstrument, men användande av smärtskattningsinstrument

fungerar som screeningverktyg, då inte alla spontant berättar om sin smärta. Ett smärtskattningsinstrument underlättar också den interna uppföljningen av vidtagna åtgärder mot smärta liksom rapportering personal emellan.

*Täljare:* Antalet cancerpatienter som under den sista levnadsveckan vid minst ett tillfälle skattade sin smärta med instrumentet VAS/NRS den aktuella mätperioden

*Nämnare:* Samtliga cancerdödsfall i Palliativregistret under mätperioden, för vilka kompletta enkäter inkommit.

<b>Mätmetod</b>	Uppgiften om smärtskattning rapporteras retrospektivt in via ett webformulär. Det skall finnas tydlig dokumentation av att smärtskattning utförts.
<b>Datakälla</b>	Svenska Palliativregistret.
<b>Felkällor</b>	Symtomskattning beskrivs i de flesta omvårdnadsjournaler i fri text alternativt som en fristående variabel som inte är möjlig att sammanställa på ett enkelt sätt med datorns hjälp. Det krävs alltså en manuell tolkning för att besvara frågan.  Till Palliativregistret rapporterar en rad olika vårdgivare, med finansiering både från kommuner och landsting. Vården kan ha bedrivits på sjukhus, i äldreboenden eller i patientens hem. För cancerdödsfall har Svenska Palliativregistret en täckningsgrad på 38,5 procent 2008, men med variationer mellan landstingen/länen. Täckningsgraden baseras på jämförelse med cancerfall enligt Cancerregistret.

### 132 Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede

---

<b>Mått</b>	Andel cancerpatienter i livets slutskede som har vidbehovsordination av opiater.
<b>Beskrivning</b>	Måttet visar andelen cancerpatienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet. Måttet avser bara de patienter där dödfallet enligt vårdgivarens bedömning var väntat.  Måttet är ett processmått vid vård av för sjukvården väntade dödsfall. God palliativ vård i livets slut innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas. Då skall tillses att det finns adekvata ordinationer i händelse av smärtgenombrott, för att minimera fördröjning vid insättande av smärtsstillande behandling.  <i>Täljare:</i> Antalet cancerpatienter som fått vidbehovsordination av opiater senast ett dygn före dödsfallet. <i>Nämnare:</i> Totala antalet cancerpatienter, där vårdgivaren angivit att dödsfallet var väntat.
<b>Mätmetod</b>	Enkät besvaras av ansvarig personal omedelbart efter dödsfallet med stöd av aktuell läkemedelslista. Om skriftlig ordination finns senast ett dygn före dödsfallet besvaras frågan med Ja.  Enkäten och därmed frågan besvaras för alla som avlidit utan att misstanke om brott föreligger, självmord eller olycka inträffat eller liknande. Avser endast de dödsfall i cancer där vårdgivaren bedömt dödsfallet som väntat.
<b>Datakälla</b>	Svenska Palliativregistret.
<b>Felkällor</b>	Variabeln baseras på förekomst av skriftliga ordinationer, vilket ger tydlighet. Det kan dock förekomma kommunikations problem där omvårdnadspersonalen är anställd av kommun eller privat verksamhet medan den medicinskt ansvariga är anställd av landstinget med separata dokumentationssystem som följd.  Även cancerpatienter dör ibland plötsligt av andra orsaker än tumörsjukdomen. Detta kan medföra ett tolkningsproblem avseende om dödsfallet bedöms vara väntat (och därmed skall ingå i indikatorn) eller inte.



### 133 Bromsmedecin vid skovvist förlöpande MS

---

<b>Mått</b>	Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmedicin.
<b>Beskrivning</b>	<p>Indikatoren visar andelen patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmedicin, av alla patienter med skovvist förlöpande MS i respektive landsting. Det totala antalet patienter per landsting är inte känt, utan är en uppskattning av sjukdomsförekomsten.</p> <p>Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmedicin.</p> <p><i>Nämnare:</i> Uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS.</p>
<b>Mätmetod</b>	Analysen avspeglar i SMSreg rapporterad behandling 19/8 2010. Diagnosgrupp: G35,9
<b>Datakälla</b>	Svenska Multipel Skleros-registret, SMSreg.
<b>Felkällor</b>	Underrapportering från vissa kliniker kan ske. Patienter i kliniska prövningar påverkar utfallet. Den faktiska sjukdomsförekomsten är inte känd, utan uppskattningen av antalet patienter per landsting (nämnaren) bygger på antagandet att sjukdomsförekomsten är lika stor i alla landsting.

### 134 Bromsmedecin vid sekundärprogressiv MS

---

<b>Mått</b>	Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin.
<b>Beskrivning</b>	<p>Indikatoren visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin, av alla patienter med sekundärpreventiv MS i respektive landsting. Det totala antalet patienter per landsting är inte känt, utan är en uppskattning av sjukdomsförekomsten.</p> <p>Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin.</p> <p><i>Nämnare:</i> Uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS.</p>
<b>Mätmetod</b>	Analysen avspeglar i SMSreg rapporterad behandling 19/8 2010. Diagnosgrupp: G35,9
<b>Datakälla</b>	Svenska Multipel Skleros-registret, SMSreg.
<b>Felkällor</b>	Underrapportering från vissa kliniker kan ske. Patienter i kliniska prövningar påverkar utfallet. Den faktiska sjukdomsförekomsten är inte känd, utan uppskattningen av antalet patienter per landsting (nämnaren) bygger på antagandet att sjukdomsförekomsten är lika stor i alla landsting.